

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DEL TRABAJO

GRADO EN TRABAJO SOCIAL

Trabajo Fin de Grado

ESTUDIO DEL IMPACTO DEL CONSUMO DE CANNABIS EN EL ÁMBITO FAMILIAR EN ZARAGOZA

Alumno/a: María Ramos Altisench

Directores: Guillermo Dominguez Oliván

Elena Fernández del Río

Zaragoza, junio de 2013



Universidad
Zaragoza



Facultad de
Ciencias Sociales
y del Trabajo
Universidad Zaragoza

AGRADECIMIENTOS

El presente trabajo no hubiese tenido lugar sin la colaboración de varias personas que me han apoyado durante la elaboración del mismo. Por todo ello me gustaría agradecer:

En primer lugar, a mis directores de este trabajo de fin de grado, el Profesor Guillermo Domínguez Olivan y la Profesora Elena Fernández del Río por su continua dedicación, cercanía y apoyo.

También al CMAPA (Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones) de la ciudad de Zaragoza, en especial a la Trabajadora Social de este Centro, Silvia Sarasa Bernal, por todo lo aprendido durante mi periodo de prácticas, su apoyo tanto profesional como personal y por haberme brindado la posibilidad de contar con su ayuda un año más tarde para la elaboración de este trabajo de fin de grado.

Agradecer también a todos los profesores de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo por todo lo aprendido durante estos cuatro años de carrera.

Además de a mi familia, amigos/as por la confianza que han depositado en mí, sus ánimos y asesoramiento.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN, PRESENTACIÓN GENERAL Y JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO..... 7

1.1. Objetivos generales y específicos..... 9

1.2. Dificultades encontradas..... 10

2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL..... 11

2.1. Factores de riesgo y protección relacionados con el consumo de drogas..... 11

2.1.1. Factores de riesgo..... 11

2.1.2. Factores de protección..... 15

2.2. El papel de la familia en el consumo de drogas..... 16

2.2.1. Importancia de la familia en el desarrollo de los jóvenes..... 17

2.2.2. Socialización y tipos de crianza..... 20

2.2.3. La prevención familiar ante el consumo de drogas en la adolescencia..... 23

2.3. Cannabis: definición, efectos y consecuencias..... 28

2.3.1. ¿Qué es el cannabis?..... 28

2.3.2. Efectos derivados del consumo de cannabis..... 33

2.3.3. Consecuencias para la salud..... 36

2.3.4. Mitos y realidades asociados al consumo de cannabis 40

2.4. Papel del trabajador social en los procesos de atención a las drogodependencias..... 41

2.4.1. Intervención con el consumidor de cannabis.....	44
2.4.2. Intervención con la familia.....	46
2.5. Consecuencias que tiene el consumo de drogas en los sistemas familiares.....	47
2.6. Recursos en atención a drogodependencias en la ciudad de Zaragoza.....	50
2.6.1. Área de prevención.....	50
2.6.2. Área de atención.....	51
2.6.3. Recursos residenciales.....	52
3. ANÁLISIS DE DATOS.....	53
3.1. Introducción.....	53
3.2. Objetivos e hipótesis.....	55
3.3. Metodología.....	56
3.4. Técnica de investigación.....	56
3.5. Análisis de los resultados.....	57
4. CONCLUSIONES.....	77
5. GLOSARIO.....	80
6. BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA.....	86
7. ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS.....	94
8. ANEXOS.....	96

1. INTRODUCCIÓN. PRESENTACIÓN GENERAL Y JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO.

El proyecto que se va a presentar consiste en analizar el impacto del consumo de cannabis en el ambiente familiar.

Desde que empecé a estudiar la carrera de Trabajo Social, siempre me ha interesado el ámbito relacionado con las drogodependencias, de ahí que centrara mis "Prácticas de Intervención" en este colectivo.

Fue precisamente en el CMAPA (Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones) de Zaragoza donde tuve la oportunidad de realizar el "Practicum de Intervención". Ahí empecé a conocer la intervención que se realiza con personas que tienen adicciones de varios tipos: juego, cocaína, alcohol, cannabis..., además de conocer diferentes intervenciones grupales. Una de las intervenciones que más interés me despertó fue un Programa dirigido a padres y madres cuyos hijos/as tenían problemas con alguna sustancia (en especial con el cannabis). Mi experiencia fue muy positiva y sentí curiosidad por ampliar mis conocimientos relacionados con las familias de las personas que sufren alguna drogodependencia. Es por todo ello por lo que decidí enfocar mi trabajo de fin de grado hacia este colectivo.

En la actualidad, el consumo de drogas tanto legales como ilegales es uno de los problemas más importantes para la salud pública en España (Secades y Fernández Hermida, 2002).

Además, la etapa de la adolescencia es considerada un periodo crítico para la evolución del individuo tanto psicológica como biológica. Durante este periodo, se desarrollan comportamientos y actitudes de gran relevancia para el futuro del adolescente, es decir, para su vida adulta. Se trata de un periodo lleno de cambios, una etapa difícil y complicada para los jóvenes.

Los cambios hacen a los jóvenes más sensibles a conductas problemáticas, tales como el inicio en el consumo de drogas. La influencia de determinados factores de riesgo (ej., el consumo de drogas por parte de los iguales) puede ocasionar problemas en el abuso de sustancias, en el ambiente

familiar, en las propias características de personalidad, influencia del grupo de iguales y en el ambiente social. Por el contrario, también se pueden distinguir una serie de factores que actúan como protectores, disminuyendo la posibilidad de uso de sustancias y favoreciendo el desarrollo de los adolescentes ofreciéndoles unos estilos de vida saludables.

Entre los “factores de riesgo” y los “factores de protección” que influyen en el fenómeno del consumo de drogas, la familia juega un papel relevante. Se trata de un pilar esencial para los adolescentes, puesto que es en este ambiente, donde los jóvenes buscan las pautas necesarias para encaminar sus vidas. Desde nuestro nacimiento, la familia es el ámbito donde aprendemos actitudes, habilidades y valores, para hacer frente a la etapa de la adolescencia. Así mismo, la familia es considerada una fuente de apoyo.

Los padres son un agente preventivo fundamental en el consumo de drogas, ya que son capaces de influir positivamente en el desarrollo de sus miembros. En este sentido, la prevención familiar se entiende como una formación para los padres. Es imprescindible la creación de un buen clima familiar, buena relación y comunicación entre padres-hijos, para mejorar los problemas que pueden surgir como el consumo de drogas.

Los jóvenes deben empezar a ser conscientes de que el consumo de sustancias como el cannabis, de forma esporádica o habitual, puede conducirles al fracaso tanto laboral, como social, intelectual, etc.

Según el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007), el cannabis es la droga ilegal más consumida en el mundo, especialmente entre los jóvenes. Su consumo durante la adolescencia puede influir de forma negativa en los procesos de desarrollo y maduración física, intelectual y afectiva. Sus efectos son perjudiciales para la salud, influyendo directamente en la probabilidad de padecer determinados trastornos mentales graves.

Existen falsos mitos sobre el cannabis, principalmente entre los más jóvenes, que es imprescindible romper. El cannabis es considerado como una sustancia inocua por la mayoría de los que lo consumen, debido al menos en parte, a que la información que manejan los jóvenes sobre su consumo y sus efectos no es del todo objetiva y por esta razón son incapaces de ver el riesgo que conlleva el consumo de esta sustancia.

La mayor preocupación por parte de los padres es el consumo de drogas, como afrontar esta problemática sin generar conflictos con sus hijos. El papel del Trabajador Social dentro de esta área es fundamental, pues puede ayudar a contribuir tanto en la mejora de la persona que tiene una drogodependencia como en el ámbito familiar. La intervención que realiza el Trabajador Social con estos sujetos y con sus familias, puede abordarse tanto de forma individual como grupal, fomentando con este último la ayuda entre los miembros del grupo y obteniendo una mayor celeridad para poder superar la problemática de las drogadicciones.

Con esta investigación se pretende abordar, dentro del complejo mundo de las drogas, en concreto del cannabis, el impacto que genera su consumo principalmente en el funcionamiento familiar de los consumidores.

1.1. Objetivos generales y específicos

Los objetivos que se han planteado en la presente investigación social son los siguientes:

Objetivo general:

Analizar el impacto del consumo de cannabis en el ambiente familiar, confrontando el supuesto deterioro que causa el consumo en las relaciones entre padres e hijos.

Objetivos específicos:

- Observar los posibles factores de riesgo y protección que establecen el fenómeno del consumo de drogas.

- Investigar las posibles inter-relaciones que aparecen entre la estructura familiar, la comunicación, el control familiar y el consumo de cannabis.
- Observar la relación entre el funcionamiento familiar (relaciones padres e hijos, adaptabilidad familiar, apego, conflicto).
- Explorar las respuestas que desde el Trabajo Social se podrían dar a la problemática del consumo de cannabis por parte de los adolescentes.

En la parte de análisis de los cuestionarios se plantean nuevos objetivos específicos, que se pretenden conseguir con esta técnica de investigación realizada a los padres y madres que forman parte del Programa Bitácora impartido en el CMAPA.

1.2. Dificultades encontradas

Este trabajo de fin de grado no ha estado exento de dificultades. Teniendo en cuenta que el objetivo de este trabajo era analizar el impacto del consumo de cannabis en el ambiente familiar confrontando el supuesto deterioro que causa el consumo, en las relaciones entre padres e hijos, se pensó que era imprescindible contar con la participación de ambos. Para ello, se diseñaron inicialmente dos cuestionarios diferentes (ver Anexos) en los que se pretendía recabar información acerca de las relaciones entre ambos, la percepción de los hijos acerca de las repercusiones que tenía el consumo, el funcionamiento familiar, etc. Sin embargo, no fue posible incluir la información de los hijos debido a su minoría de edad y a la necesidad de contar con la autorización de sus padres. No cabe duda que haber contado con la participación de los menores consumidores de cannabis habría contribuido a dar mayor peso al estudio.

Además, en cuanto a los padres participantes, cabe señalar que no fue posible recabar la información hasta el mes de abril, momento en el que comenzaba el Programa Bitácora. Recalcar que la totalidad de los padres que iniciaron el Programa aceptaron voluntariamente participar en el mismo.

2. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

2.1. Factores de riesgo y protección relacionados con el consumo de drogas.

2.1.1. Factores de riesgo

En la actualidad, uno de los principales problemas sociosanitarios más preocupantes de nuestro país es el consumo de drogas (ver Glosario). Se trata de un fenómeno complejo donde intervienen múltiples factores: individuales, familiares y del entorno (Hidalgo y Redondo, 2005). Es difícil dar respuesta a todos los interrogantes que se podrían plantear: ¿cómo llegan los jóvenes al consumo?, ¿qué origina este comportamiento?, ¿qué variables aparecen?, ¿por qué unos jóvenes consumen y otros no?... y, finalmente, ¿cuáles son los factores de riesgo y protección frente a esta conducta? Para explicar la conducta de consumo de drogas es necesario incluir los factores de riesgo y protección como elementos imprescindibles.

Secades y Fernández Hermida (2002) definen como factores de riesgo *“aquellas circunstancias o características personales o ambientales que, combinadas entre sí, podrían resultar predisponentes o facilitadoras para el inicio o mantenimiento del uso y abuso de drogas”* (p. 62).

La adolescencia se considera una etapa significativa en relación al consumo de drogas. Los diversos cambios que se realizan en esta etapa, cognitivos, personales y psicosociales, hacen a los jóvenes más sensibles a las conductas problemáticas, estando más cerca de la influencia de tres grupos de factores de riesgo (Laespada, Iraurgi y Aróstegi, 2004):

- Factores de riesgo individuales: se refieren a las características internas del individuo (forma de ser, de comportarse, sentir...).
- Factores de riesgo relacionales: hacen referencia al entorno próximo del sujeto (familia, amigos, escuela...).

- Factores de riesgo sociales: relacionados con el entorno más amplio de la persona, la accesibilidad al consumo, la aceptación que tiene en la sociedad, las costumbres y tradiciones, etc.

- ***Factores de riesgo individuales***

Los factores individuales se refieren a las características de los individuos que determinan una mayor susceptibilidad a las influencias sociales que favorecen el consumo de drogas, sobre todo en determinadas etapas del ciclo vital como es la adolescencia. Según Donas (1995), la adolescencia es un periodo comprendido entre los 10 y 19 años de edad posterior a la niñez y que comienza con la pubertad. Hasta ese momento, el joven ha estado protegido por la familia y lo que pretende ahora es encontrar su identidad.

Los principales factores de riesgo a nivel individual son los siguientes:

- a) *Actitudes, creencias y valores*: la información que tiene el joven sobre las drogas, pensamientos, creencias relacionadas con los efectos y su propia experimentación con ellas tendrá una influencia positiva o negativa en la conducta del consumo.
- b) *Habilidades o recursos sociales*: son un conjunto de conductas aprendidas, sirven para establecer relaciones sociales. La adolescencia es un periodo lleno de dificultades, en este sentido, un joven con problemas para expresar sus creencias, opiniones o incluso para desenvolverse en su entorno, será más vulnerable a la influencia de su grupo. La persona con pocas habilidades sociales se verá más influida por el grupo de iguales, es decir, si el grupo de amigos recurre al consumo de drogas es muy probable que el sujeto no pueda resistirse ante la presión del grupo y acabe consumiendo. Si por el contrario el adolescente posee adecuadas habilidades o recursos sociales, el grupo de iguales no ejercerá tanta influencia en el sujeto y él mismo tendrá más capacidad de decisión. El consumo en ocasiones se convierte en un modo de afrontamiento de las relaciones sociales y como una forma de enfrentarse a los problemas de la vida diaria.

- c) *Autoconcepto y autoestima*: el autoconcepto se refiere a la imagen que tiene cada persona de sí misma, además de la percepción que tienen los demás sobre él. El sentimiento de autoestima es un conjunto de pensamientos, evaluaciones, percepciones que una persona tiene de sí y de aquella que le gustaría tener. La adolescencia es un periodo decisivo para la formación de estos dos conceptos. Autores como Kaplan (1996) o Simons, Conger y Withbeck (1988) han destacado que una baja autoestima o una pobre autoevaluación están en la base de las conductas desviadas como el consumo de drogas. Una persona puede tener un concepto positivo de sí mismo con su grupo de iguales, pero negativa en el ámbito familiar e incluso escolar. Cuando el sujeto presenta baja autoestima en relación a la familia y la escuela parece que el consumo de drogas y conductas desviadas es más fácil que aparezcan. Así, Romero, Luengo y Otero (1995) concluyen que tener una autoestima baja en el ámbito familiar y escolar y una alta autoestima con el grupo de iguales está asociada al consumo de drogas en adolescentes.
- d) *Autocontrol*: es la capacidad que tiene el ser humano para controlar y dirigir sus sentimientos e incluso su propia conducta. El que un sujeto tenga un buen nivel de autocontrol le permitirá rechazar determinados comportamientos que crea negativos y así obtener recompensas positivas. El esfuerzo de adaptación por el que tiene que pasar el adolescente para integrarse en el mundo adulto es muy complicado, hasta el punto que en ocasiones aparece malestar psicológico, muy relacionado con el consumo de drogas. El que un adolescente pase por estados de estrés, ansiedad, depresión, etc. ante numerosos cambios, puede desencadenar e iniciar el uso de drogas.

➤ **Factores de riesgo relacionales**

La escuela, la familia y el grupo de pares influyen de manera directa en el desarrollo del adolescente (Laespada et al., 2004).

- a) *La escuela*: juega un papel importante en la aparición de problemas con las drogas, es una institución responsable de la socialización de los individuos. El fracaso escolar, una mala adaptación y también la falta de atención influyen en el consumo.
- b) *La familia*: la educación de los padres es fundamental para evitar factores de riesgo. Así, se ha encontrado que los padres permisivos o padres con un estilo autoritario, tienen hijos con mayor riesgo de uso de drogas. Además, el consumo de los padres influye de manera directa en la opinión de los hijos, llegando a aumentar la posibilidad de consumo de éstos. Si los hijos observan a los padres beber un vaso de vino o encender un cigarrillo, tienen también mayor riesgo de recurrir al uso de drogas. En ocasiones, que los padres usen drogas puede actuar de repelente para el hijo, al haber visto y experimentado las consecuencias negativas de la adicción. Los conflictos familiares y la mala relación entre padres-hijos, se ha relacionado en muchas ocasiones con el consumo de drogas.
- c) *Grupo de iguales*: es imprescindible tener en cuenta su influencia poder comprender el comportamiento de los jóvenes, ya que, progresivamente las amistades y los compañeros van sustituyendo a la familia. Como se ha mencionado anteriormente, la adolescencia se considera una etapa en la cual el sujeto quiere encontrar su identidad y en la que el grupo de amigos son una referencia para organizar su vida (actitudes, hábitos, gustos...). Las presiones del grupo de iguales puede ser la causa de un desvío por parte del adolescente de una conducta positiva a otra negativa. En general, los amigos lo que hacen es proporcionar deseos y necesidades a los adolescentes. Tener amigos que consuman drogas influye fuertemente en el adolescente. Los jóvenes suelen tener una baja percepción del riesgo que produce el uso de drogas, cuanto más baja es esa percepción mayor es el riesgo. También es importante destacar que el tener un fácil acceso a las drogas incrementa el uso de estas.

d) *Ocio, noche, fines de semana, diversión, dinero*: el ocio y tiempo libre para los adolescentes es un espacio donde practican libremente sus actividades diferentes a las que realizan el resto de la semana sin horarios ni normas, fuera del control adulto. Los fines de semana y sobre todo la vida nocturna, lleva a los jóvenes a consumir alcohol, convirtiéndose su consumo en una forma de ocio. En los estudios realizados por (Laespada, 2000; Laespada y Salazar, 1999) se ha comprobado la existencia de una relación entre el consumo de alcohol y la noche. Los jóvenes buscan en la noche un espacio diferente y el alcohol ayuda a la formación de espacios diferenciados de los adultos. El alcohol es un producto accesible económicamente y fácil de conseguir, por lo que su consumo no es un obstáculo para los jóvenes. Según Laespada (2000), *"a medida que aumenta la disponibilidad económica aumenta el consumo de alcohol, tanto en la frecuencia como en el grado de alcohol consumido"* (p. 23).

➤ **Factores de riesgo sociales**

El consumo de drogas, como cualquier comportamiento, se produce en un determinado contexto social. Dentro de los factores sociales, Secades y Hermida (2002) hacen una pequeña distinción entre el nivel macro-social y el micro-social. El primer nivel agrupa los factores externos del individuo alejados del consumo, hablamos de factores de carácter estructural, social, económico y cultural. El nivel micro-social se refiere a los contextos ambientales inmediatos en los cuales el sujeto participa de forma directa, principalmente, en la escuela, el grupo de iguales y la familia.

2.1.2. Factores de protección

Los factores de protección son *"aquellos atributos individuales, condición situacional, ambiente o contexto que reduce la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento desviado"* (Pérez y Mejía, 1998). Se han definido como variables que contribuyen a modular, prevenir o limitar (reducir) el uso de drogas (Felix-Ortiz y Newcomb, 1992).

Hawkins, Catalano y Miller (1992) distinguen tres factores de protección que controlan el desarrollo de los comportamientos antisociales de los adolescentes: los lazos sociales (la familia, la escuela y el grupo de iguales), las coacciones externas (normas bien definidas relacionadas con el consumo de drogas) y las habilidades sociales (poseer destrezas para solucionar problemas, afrontar situaciones...).

Los factores de protección están relacionados con las áreas individual, relacional y social comentadas anteriormente en referencia a los factores de riesgo, pero que actúan ofreciendo protección al sujeto. Así, un adecuado control emocional, buena comunicación familiar, el apego a un grupo de referencia (familia, amigos), beneficiarían al adolescente evitando una desviación de conducta y, de este modo, el consumo de drogas.

2.2. El papel de la familia en el consumo de drogas

El uso de drogas afecta especialmente a jóvenes que llegan al consumo de sustancias psicoactivas (ver Glosario) por diversión a través del ocio, sin ser conscientes del riesgo que conlleva. Cannabis, cocaína y éxtasis son las sustancias ilegales más consumidas en nuestro país según datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2006)¹.

En cuanto a las drogas legales, el alcohol y el tabaco siguen siendo las sustancias psicoactivas de mayor consumo y sobre todo en el sector más joven de la población. Según Becoña (1999), el consumo de tabaco y alcohol incrementa la probabilidad del consumo de cannabis, creando también la probabilidad de que los jóvenes que lo consumen puedan recurrir al uso de otras drogas como por ejemplo la heroína o cocaína. Con esto no quiere decir que todos los consumidores de cannabis demanden el consumo de otras drogas, pero una parte de ellos sí pasarán a consumir otro tipo de sustancias

¹ www.msc.es/campanas06/campanas06/drogas2.htm

(ej., cocaína, éxtasis). Tampoco se puede afirmar que el consumo de drogas se centre única y exclusivamente en los jóvenes.

Los jóvenes observan entre los adultos que les rodean, principalmente familiares, el uso de sustancias legales, o ilegales en algunos casos, algo que no debe pasar desapercibido. Como veremos, el papel de la familia es fundamental en todo lo relacionado con el uso o abuso de drogas, pues se la considera el ambiente social básico del niño y el adolescente, con la que pasa gran parte de su tiempo.

2.2.1. Importancia de la familia en el desarrollo de los jóvenes

La mayoría de las personas compartimos estrechos vínculos con nuestra familia y la relación que se establece con ella la mantenemos a lo largo de nuestra vida. Aunque es complicado aportar una definición de familia, dada la enorme variedad existente y los múltiples cambios que se han ido produciendo, autores como Robles (2004), definen la familia como:

“La institución social en la cual a través de las interacciones, se facilita el desarrollo de habilidades, valores, actitudes y comportamientos que, en el ámbito del cariño, apoyo, reconocimiento y compromiso permite la integración de los individuos a la sociedad. Para su funcionamiento, a su vez, la familia debe satisfacer las siguientes necesidades: el sentido de lo predecible de la vida de sus miembros; la coordinación de las actividades familiares; la creación de niveles de exigencia; la presencia de un clima de comunicación y apoyo recíproco”.

Fallas (1979), a través de Campos y Smith (2003), define la familia como *“el marco de referencia primario del individuo, y que en su propio seno se tejen las relaciones emocionales fundamentales, es la que labra la personalidad en el curso de los primeros años de vida”* (p. 44).

La familia es la única institución en la cual existe un sistema de obligaciones y derechos que no está controlado externamente, sino que se rige

por los miembros que la componen. Hay que destacar la capacidad de ésta para ofrecerles a aquellos que la componen una serie de recursos vinculados con el bienestar, apoyo, afecto, cariño y comprensión de la persona. El individuo ve e interpreta el mundo a través de ella.

Aparte de la familia, hay otros sistemas que influyen en las personas, sobre todo en la etapa de la adolescencia, como son el barrio, la escuela, los medios de comunicación... Pero, en los primeros años de vida, el sistema familiar juega un papel imprescindible, cubriendo las necesidades básicas. A medida que el individuo crece, esto es cuando los hijos entran en la adolescencia, va perdiendo peso, ya que los jóvenes se ven cada vez más influidos por el grupo de iguales con los que interaccionan.

Según diferentes estudios, el papel de la familia es relevante en la etiología de la conducta problema. Existen diferentes variables familiares relacionadas con la conducta desviada y el consumo de drogas. En primer lugar, cabe destacar la estructura familiar (ej., el nivel socioeconómico, número de hermanos, presencia de ambos padres en el hogar...). Un mayor número de hermanos o la falta de uno de los padres en el hogar pueden ocasionar que los adolescentes recurran al consumo de sustancias. En segundo lugar, ha cobrado mayor relevancia el funcionamiento familiar, puesto que según diferentes estudios, presenta mayor impacto que la estructura familiar (Gómez y Villar, 2001).

Las principales variables familiares que guardan relación con el consumo de drogas por parte de los adolescentes son:

- a) Consumo de drogas de padres y madres: los adolescentes que tienen padres consumidores son más propensos a consumir. Si los padres consumen, sus hijos verán esta conducta como algo "aceptable" y habrá una tendencia a imitar dicha conducta. En las investigaciones realizadas por McDermott (1994), se llega a la conclusión de que la actitud de un padre más permisivo ante el consumo de drogas puede tener una gran relevancia en la determinación del consumo de los

hijos. Los padres consumidores además de ofrecer a sus hijos modelos conductuales probablemente por imitación por parte del adolescente, puede además estar promoviendo el consumo. Mellinger (1971) señala que "los hijos no aprenden sólo el consumo de una sustancia determinada, sino que también, aprenden a que el empleo de sustancia es legítimo para alterar el estado físico y/o psíquico del organismo".

- b) El conflicto familiar: de las relaciones afectivas depende en gran medida el bienestar que se crea dentro de las familias y, en concreto, el desarrollo cognitivo y social saludable de los hijos. Holmberg (1984) demuestra que los adolescentes que tienen relaciones familiares desfavorables y un grado de insatisfacción alto son los que realizan un mayor uso de sustancias.
- c) Cohesión familiar: es importante destacar en relación al abuso de drogas (ver Glosario) durante la adolescencia, el nivel de unión afectiva existente entre padres e hijos. Smart, Chibucos y Didier (1990) entendían que los hijos que tenían un conflicto familiar más disfuncional podían tener un mayor consumo de distintas sustancias (alcohol, cannabis, cocaína...). En otra investigación realizada por Stoker y Swadi (1990), se encontró que los adolescentes consumidores, a diferencia de los que no recurren al consumo, perciben a sus familias más distantes, menos unidas, con escasa comunicación y mayor empleo de castigo a la hora de educar.

Aunque como ya se ha señalado anteriormente, con el paso de los años el peso de la familia para explicar el consumo de drogas va disminuyendo, es necesario tener en cuenta que, tal y como apuntan algunos autores, dependiendo de la socialización y el tipo de crianza que hayan tenido estos jóvenes, la relación que se pueda establecer con el uso de drogas también será importante.

2.2.2. Socialización y tipos de crianza

Dentro de la familia, la persona se socializa, aprende y adquiere una serie de actitudes, valores, normas sociales y a raíz de esto ejecuta una conducta u otra. La socialización se refiere a un proceso a partir del cual se transmiten las normas de la sociedad de una generación a otra. La finalidad de la socialización según Satir (2005), es que los hijos lleguen a convertirse en personas autónomas, siendo independientes y que lleguen a gozar de una condición de igualdad con sus propios padres. Como opinan Gracia y Musitu (2000), es que gracias a este proceso, las familias podrán lograr el desarrollo de habilidades y actitudes en el adolescente relacionadas con el control de impulsos y la construcción de su propio rol. Este proceso juega un papel relevante en el consumo o no de las drogas.

Así pues, la socialización dentro de las culturas occidentales incurre bajo dos instituciones: en primer lugar la familia (primer agente socializador), y, en segundo lugar, la escuela (considerada como segundo agente socializador) (Rodríguez y Ovejero, 2005).

Las pautas de crianza son de especial importancia para el desarrollo del adolescente, pues es en esta etapa cuando este proceso cobra mayor importancia (Maccoby, 1984).

Kandel y Andrews (1987), comprobaron que la falta de implicación por parte de la figura materna en el cuidado de los hijos, la falta de la disciplina paterna y tener bajas aspiraciones educativas eran fuertes predictores del consumo de drogas de los adolescentes. Según Brook, Brook, Gordon, Whiteman y Cohen (1990), existen diferencias en función de la disciplina que imponga el padre y la madre al adolescente. Estos autores concluyen que las técnicas de control ejercidas por las madres influyen de forma más directa que las ejercidas por el padre a la hora de explicar el uso de drogas de los hijos.

Según Wicks-Nelson e Israel (1997), los padres se ocupan menos de los hijos y su relación depende de los estereotipos de género (por ejemplo en ocasiones el trato que pueden tener con sus hijas es diferente al de sus hijos varones).

Existen dos variables esenciales para determinar los distintos tipos de crianza: el control y la calidez paterna. El control paterno se refiere a cómo es la autoridad que ejercen los padres sobre sus hijos, cómo son de restrictivos los padres, mientras que la calidez paterna hace referencia al grado de afecto y aprobación que tienen hacia sus hijos (Maccoby, 1984). En base a estas dos variables, Baumrid (1980) diferenció tres tipos de estilos de crianza: autorizativo, autoritario y permisivo. Unos años más tarde, Maccoby y Martin (1983) añadieron un cuarto tipo: el indiferente.

- *El padre autorizativo*: es aquel padre exigente y sensible que acepta y ayuda a conseguir la autonomía en sus hijos. Su afecto y cuidado es bueno y ejerce un control firme hacia ellos.
- *El padre autoritario*: crea normas con poca participación por parte del niño, sus normas deben de ser obedecidas y si esto no se produce dará lugar a castigos. Las niñas tienden a ser más pasivas y dependientes en la adolescencia que los niños, mientras que éstos suelen ser más rebeldes y agresivos.
- *El padre permisivo*: aplica escasas restricciones a los hijos, son poco exigentes y utilizan escasa vez el castigo. Permiten que el niño regule su propia conducta, no establecen límites en la conducta lo que dará lugar a la independencia y gran libertad a su hijo.
- *El padre indiferente*: es el que no impone límites y tampoco ofrece apenas afecto. Rara vez tiene tiempo para dedicarles a sus hijos, se centra en su propia vida. Suelen ser padres hostiles, con lo cual tienden a mostrar conductas delictivas.

El tipo de crianza dependiendo del estilo paterno tiene un efecto directo en el tipo de personalidad que pueda desarrollar posteriormente el hijo (Craig, 1997).

- *Los padres autorizativos*: crían hijos con un mejor ajuste en la sociedad, con más confianza en ellos mismos y muy competentes. Los

hijos de los padres autoritativos son los que mejor adaptados van a estar en la sociedad, tiene más confianza en ellos mismos, mayor control sobre su persona y socialmente más competentes.

- *Los padres autoritarios*: tienden a criar niños apartados y temerosos, con poca independencia, que suelen ser variables e irritables. Dentro de la adolescencia los hijos pueden ser más rebeldes y agresivos y las hijas pasivas y mucho más dependientes.
- *Los padres permisivos*: tienden a criar niños impulsivos y socialmente ineptos, aunque también pueden ser activos, creativos; otros pueden ser rebeldes y agresivos.
- *Los padres indiferentes*: aquellos que han mostrado más indiferencia en la crianza de sus hijos son los que están en peor situación y si sus padres son indolentes, suelen ser más impulsivos y destructivos.

A modo de conclusión, podemos decir que la familia juega un papel esencial con relación al consumo de drogas. La familia o los padres que hacen uso de las drogas corren el riesgo de que sus hijos/as aprendan que su uso es lo normal o que no tiene por qué ser algo problemático. Sin embargo, una familia con un buen estilo de crianza, bien estructurada y con un bajo grado de conflictividad entre sus miembros corre un menor riesgo de que sus hijos recurran al consumo. Algunos estudios realizados por Montero (1989) demuestran que el papel de la familia como agente imprescindible de aprendizaje influye además de en los hábitos culturales de la propia familia y de la sociedad en sí, en la organización cognitiva del individuo y la estructuración de su personalidad. Entre la familia y los miembros que la componen se produce el denominado "efecto de primicia" a través del cual los padres influyen de manera directa en los hijos e hijas nacidos dentro de ella. Por tanto, su papel para prevenir el consumo de sus hijos es muy importante.

2.2.3. La prevención familiar ante el consumo de drogas en la adolescencia

Para poder prevenir el consumo de drogas, es esencial que los padres estén informados sobre los problemas derivados del consumo de cannabis u otras drogas, para después transmitir esa información a sus hijos. Una buena información permitirá tener argumentos claros y evidentes para evitar falsas creencias y mitos acerca del consumo de esa sustancia.

Los padres son modelos educativos para los hijos que, además, deben de establecer una serie de normas y límites en la educación, para que éstos puedan crecer como personas. Su conducta debe de ser firme y dejar muy claro que el consumo de drogas no es una alternativa, puesto que acarrea serios problemas. Los padres deben preocuparse por los intereses de sus hijos, por cómo ocupan su tiempo libre, el grupo de iguales con los que suelen salir y mostrarles todo el apoyo que sea necesario. Deben de compartir experiencias y establecer vías de comunicación con los hijos. Preocuparse sobre todo por los cambios que están viviendo en cada etapa (sobre todo en la adolescencia) creando un clima acogedor.

El autocontrol en sus hijos es de gran importancia a la hora de afrontar decisiones responsables, ofrecerles hábitos saludables en su vida cotidiana, impidiendo cualquier conducta inapropiada sobre todo en relación al consumo.

Además, es importante que los padres valoren los esfuerzos de sus hijos y que ellos se sientan bien consigo mismos, ayudándoles a formular retos futuros y a cumplir sus metas. El apoyo y la motivación permitirán que el desarrollo de sus hijos sea positivo.

Desde el ámbito familiar se debe de ofrecer cierta responsabilidad al adolescente, guiar sus pensamientos y ayudarles a tomar decisiones correctas.

Asimismo, los hijos deben de aprender a desarrollar un ocio saludable con el grupo de amigos. Se les debe educar y enseñarles a respetarse a sí mismos y a los demás.

A continuación, se presenta un cuadro resumen que hace referencia a una serie de aspectos importantes que los padres tienen que tener en cuenta en la prevención del consumo de drogas en los adolescentes (Tabla 1).

Tabla 1. Aspectos relevantes a tener en cuenta en la prevención de drogas por parte de la familia.

- Buscar alternativas de tiempo libre para vosotros y vuestros hijos ofreciéndoles diferentes opciones para su ocio saludable.
- Tratar de encontrar y compartir actividades de ocio conjuntas.
- Enseñar a vuestros hijos a tolerar el aburrimiento.
- Entender que en la adolescencia los hijos necesitan separarse un poco de los padres y buscar nuevos referentes en los iguales.
- Observar cómo se relaciona vuestro hijo con los demás.
- Potenciar el espíritu crítico de vuestros hijos. Enseñadles a contrastar información de diferentes sitios, como por ejemplo, la vuestra y la de sus amigos, profesores...
- Enseñarles a detectar lo que busca la felicidad.

Fuente: Ros, M., Blay, N.T., Juan, M., Calafat, A y García, E. (n.d) Drogas, hijos adolescentes y dudas. ¿Cómo actuar? (p: 22).

La familia debe de encontrar cual es la manera más correcta de educar a sus hijos y, aunque cada una tendrá su propio estilo educativo, lo que se debe de tener claro es que hay una serie de comportamientos que se deben evitar, y otros que debemos potenciar (ver Tablas 2 y 3).

Tabla 2. Comportamientos parentales que se deben evitar.

- Sobreproteger a los hijos, evitándoles cualquier consecuencia desagradable de sus propios errores.
- Exceso de autoritarismo: imponer normas demasiado estrictas y sin razón de ser. Es el: "haz eso porque yo lo digo".
- Ser incoherente. A los hijos les crea una sensación total de indefensión el que, un día, una cosa haga mucha gracia y, al siguiente, esa misma cosa sea motivo de bronca, sin un porqué claro.
- Amenazar con castigos que luego, aunque se infrinja la norma, no vamos a ser capaces de aplicar.
- Prometer recompensas a su buen comportamiento y luego no proporcionarlas.
- Discutir (padre y madre) delante del hijo sobre lo que se le permite o se le prohíbe hacer. Vuestro hijo tiene que percibir una unidad de criterio, sentir que hacéis frente común. Si hay desacuerdo, se habla cuando él no esté, y se reestablece un criterio común.
- Despreocuparse de los asuntos de vuestros hijos; aunque se quejen, necesitan que estemos pendientes de sus estudios, exámenes, comida, amigos, etc.
- Etiquetar a los hijos: 'eres un desastre', 'nunca cambiarás', de esta forma sólo se fomenta que sean de dicha manera.

Fuente: Ros, M., Blay, N.T., Juan, M., Calafat, A y García, E. (n.d) Drogas, hijos adolescentes y dudas. ¿Cómo actuar? (p: 23).

Tabla 3. Comportamientos parentales que se deben potenciar

- Tener una actitud positiva y comprensiva hacia vuestros hijos. Reforzar su autoestima, haciéndoles ver que pueden conseguir sus metas, con esfuerzo y constancia.
- Fomentar el diálogo: hablar de sus problemas, errores y dificultades, enseñándoles a buscar soluciones para resolver sus dudas.
- Crear unas normas que regulen la convivencia entre todos así como los deberes y derechos de nuestros hijos. Estas normas deben ser lógicas, estar razonadas y ser debidamente explicadas.
- Las normas deben estar consensuadas entre padre y madre (o figuras educadoras).
- Si algo está prohibido, se debe castigar siempre y, si algo es considerado positivo, se debe reconocer el mérito. Deben aplicarse siempre de manera consecuente.

Fuente: Ros, M., Blay, N.T., Juan, M., Calafat, A y García, E. (n.d) Drogas, hijos adolescentes y dudas. ¿Cómo actuar? p: 24.

Además de ser fuente de referencia, los padres deben estar alerta y saber detectar el consumo de cannabis. El consumo de cannabis se detecta por medio de una serie de signos físicos y cambios en el estado emocional y la conducta del adolescente, que pueden iniciar la puesta en marcha de estrategias de actuación.

Algunos de los síntomas más significativos son:

- Ojos rojizos e irritados
- Posibles mareos
- Problemas a la hora de coordinar (se pueden mostrar al caminar, en cualquier acción habitual, etc.)
- Risa fácil
- Dificultades para expresarse

Entre los signos más relevantes referidos a cambios en la conducta destacan:

- Grandes cambios en la personalidad, inestabilidad.
- No prestan atención a las conversaciones que pueden entablar los padres con ellos. Ellos mismos están poco comunicativos.
- Abandonan sus aficiones.
- Se muestran apáticos, decaídos.
- Cambios bruscos de carácter, menos afectivos.
- Les cuesta concentrarse en los estudios, muestran descenso en su rendimiento escolar.

Hay que destacar que los hijos en la etapa de la adolescencia pasan por grandes cambios. Los cambios derivados por el consumo pueden ser difíciles de detectar de los originados por la propia etapa evolutiva del adolescente. La escucha activa y una buena comunicación serán imprescindibles para no juzgarles antes de tiempo y no acabar con su confianza (De Lorenzo Casares y Fernández Martínez, *n.d*)

2.3. Cannabis: definición, efectos y consecuencias

2.3.1. ¿Qué es el cannabis?

La palabra *cannabis* se traduce al castellano como cáñamo. Es una planta que se ha utilizado desde hace muchos años tanto para fines industriales como para la obtención de cuerdas, aceites, tejidos y también para fines medicinales. El cannabis es originario de las regiones próximas al subcontinente indostánico y se difundió hacia China hace aproximadamente unos 6.000 años, donde su uso era con fines sobre todo terapéuticos.

Es una planta dioica, ya que sus flores femeninas y masculinas se encuentran en diferentes plantas. Las femeninas florecen con más fuerza, formando los denominados cogollos (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2006). Su tamaño puede variar entre uno y tres metros. Se trata de una planta compuesta por más de 400 componentes químicos de las cuales se conocen alrededor de 60 cannabinoides que son únicos en esta especie. Los tres cannabinoides a destacar por sus efectos psicoactivos, son el delta-9 tetrahidrocannabinol (THC), el cannabidiol y el cannabinol. El contenido de THC se encuentra en los "cogollos" florales de las plantas femeninas, y con su resina se extraen las drogas ilegales (hachís y marihuana).

En cuanto a las formas de presentación y consumo de cannabis existen varias:

- Marihuana: se obtiene una vez trituradas las flores, hojas y tallos de la planta (concentración de THC entre el 1 y el 5%).
- Hachís: se realiza con la resina que se encuentra almacenada en las flores de la planta femenina (concentración de THC entre el 15 y el 50%).
- Aceite de hachís: resina de hachís disuelta (concentración de THC entre el 25 y 50%).

La mayor concentración de cannabinoides se identifica en los brotes florecientes de la planta femenina además de en las hojas.

A la hora de recurrir a su consumo, el cannabis se presenta de diferentes maneras. La forma más común es fumada, en forma de cigarrillo mezclada con o sin tabaco, o colocada en pipas o “cachimbas”. Al consumirse por vía fumada, sus efectos pueden observarse inmediatamente y duran entre dos o tres horas. También se puede consumir vía oral (ingerida) en diferentes productos cocinados como pueden ser galletas, pasteles, tortillas, etc. Sus efectos son más lentos, pues aparecen alrededor de la media hora y dos horas, pudiendo durar incluso hasta seis horas.

El cannabis es la droga ilegal más fácil de conseguir. Su peligrosidad depende del contexto en el que se use, la edad del consumidor, su estado de salud, agrupación de contenidos tóxicos, de la frecuencia con la que se recurre a su uso, etc.

Existen diferentes tipos de consumo de cannabis (Ayuntamiento Zaragoza, *n. d.*):

- *Consumo experimental*: consumo casual durante un periodo de tiempo bastante limitado. La droga se puede probar una vez o incluso algo más, pero ya no se vuelve a repetir su consumo. Se viven las primeras situaciones de contacto inicial con las drogas.
- *Consumo ocasional*: uso intermitente de la sustancia. En este caso la persona determina cual es el tipo de droga que prefiere consumir y dónde quiere consumirla. Si esto llega a darse con frecuencia, el peligro de desarrollar dependencia a la sustancia es cada vez mayor. Podrían incluirse en esta categoría el abuso de ciertas sustancias como por ejemplo: alcohol, drogas de síntesis... de uso sobre todo en fines de semana
- *Consumo habitual*: consumo a diario. Puede utilizarse con doble propósito: saciar el malestar que la persona padece ante la sustancia (dependencia física y/o psicológica) y obtener el beneficio que les produce consumir (caso de los consumidores diarios de cocaína). Este

tipo de consumo lleva a los consumidores a pensar constantemente en la droga. Según Gamella y Jiménez (2003), los consumidores de uso habitual de cannabis además de fumar con más gente (por ejemplo los adolescentes con el grupo de iguales), también lo hacen en solitario. Los fumadores “intensivos” no le dan tanta importancia al contexto, pueden consumir en cualquier sitio y con gente desconocida para ellos.

- *Consumo compulsivo*: consumo repetidas veces al día y bastante intenso. Al consumidor le cuesta enfrentarse a los problemas del día a día y su vida gira en torno a la droga con graves síntomas de abstinencia.
- *Sobredosis*: se considera un cuadro de intoxicación aguda derivado del consumo de una dosis más elevada de lo que una persona pueda tolerar normalmente.

Según la Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (2006) *“de todas las sustancias clasificadas como de tráfico ilícito por la Organización de Naciones Unidas (ONU), los debates relacionados con el cannabis siguen siendo los más polémicos. En el caso de España, nunca se ha penalizado la tenencia de cannabis para el consumo propio, ni su consumo privado. Ninguna ley española lo había considerado delictivo, aunque sí puede constituir una falta administrativa”*. (p. 35).

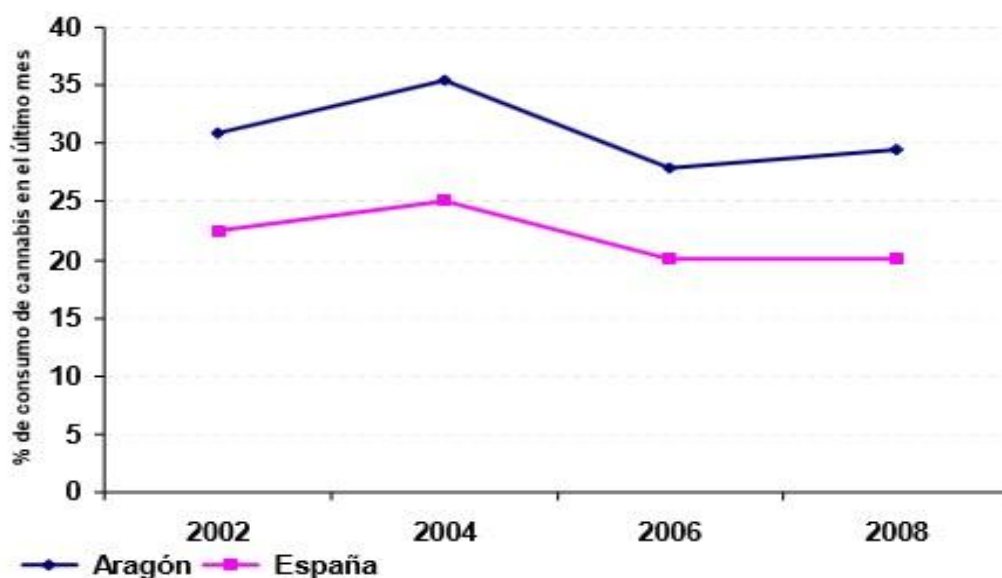
El cannabis sigue siendo la droga ilegal más consumida en nuestro país. Según la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (Ministerio de Sanidad y Consumo (2007), el consumo de esta droga es uno de los más prevalentes, junto al tabaco y el alcohol: en la población de entre 14 y 18 años escolarizada, el 46% reconoce haber consumido cannabis alguna vez en su vida, el 40,9% en los últimos 12 meses y el 29,5% en los últimos 30 días. Los chicos frente a las chicas, para todos los indicadores, presentan una prevalencia superior. Esta prevalencia aumenta con

la edad, de forma que el mayor incremento se puede observar en edades comprendidas entre los 15 y 16 años y entre las chicas un descenso en el consumo a los 17 y 18 años respecto a los años anteriores.

Según el Gobierno de Aragón, en su II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas de Aragón (2010-2016), *“siguiendo los datos de los últimos años, la prevalencia de consumo de cannabis entre los jóvenes aragoneses de 14 a 18 años son superiores a las del conjunto de España, manteniendo una evolución similar de acuerdo con la siguiente gráfica”* (p. 20) (ver Figura 1).

En la red de atención a drogodependencias, *“la evolución de las admisiones a tratamiento por consumo de cannabis ha sido continuamente ascendente desde 2003, siendo la droga por las que más tratamientos se han iniciado entre los jóvenes de 14 a 20 años respecto al total de tratamientos en la red específica de atención a drogodependencias”* (p. 21) (Figura 2).

Figura 1. Consumo de cannabis en el último mes (en porcentajes). Población escolarizada entre 14 y 18 años. Aragón y España (2002-2008).



Fuente: Gobierno de Aragón. II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas Aragón 2010-2016 (p. 20).

Figura 2. Admisiones a tratamiento por consumo de cannabis. Aragón. 2003-2009.



Fuente: Gobierno de Aragón. II Plan Autonómico sobre drogodependencias y otras conductas adictivas Aragón 2010-2016 (p. 21).

Los consumidores de cannabis toman también otras drogas con frecuencia, es lo que se denomina, policonsumo (ver Glosario). Muchos de los adolescentes que han probado otras drogas como por ejemplo, la cocaína, éxtasis... previamente han consumido alcohol, tabaco y cannabis.

Además, cuanto menor es la edad de inicio mayor riesgo hay de que se consuman otras drogas. Según el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007), la edad de inicio en el consumo de cannabis es un factor concluyente para observar la gravedad y consecuencias negativas de ese consumo. Los jóvenes empiezan a consumir cannabis en torno a los 15 años de edad, por tanto, se puede decir que el cannabis actúa como droga inductora del consumo de otras sustancias ilegales, es lo que se denomina "puerta de entrada" (Degenhardt y Hall, 2002).

2.3.2. Efectos derivados del consumo de cannabis

El THC en el organismo tiene una vida media de una semana aproximadamente, esto significa, que siete días después de su consumo el cuerpo no ha sido capaz de eliminar más que el 50% de la sustancia. Aunque una persona consume únicamente los fines de semana, su organismo no será capaz de eliminarlo completamente, acumulándose en su cerebro y produciendo diferentes efectos. Hay que diferenciar dos tipos de efectos: efectos agudos y efectos crónicos.

➤ *Efectos agudos del consumo de cannabis*

Cuando se consume cannabis, se activa el denominado sistema endógeno de nuestro organismo, alterando muchas funciones relacionadas con la ingesta de la comida, las emociones, el olor, el aprendizaje, el comportamiento, etc. Dependiendo de la dosis ingerida, los efectos varían: a dosis pequeñas los efectos pueden ser placenteros, pero si las dosis son más elevadas pueden producir síntomas de ansiedad. Inmediatamente tras su consumo se empiezan a apreciar diferentes efectos (ver Tabla 4).

Tabla 4 Efectos agudos tras el consumo de cannabis

EFFECTOS TRAS EL CONSUMO

- Sequedad de boca.
- Percepción distorsión
- Dificultades para pensar y solucionar problemas, de coordinación.
- Relajación, sensación de lentitud en el paso del tiempo, somnolencia.
- Aumento del ritmo cardiaco y la tensión arterial.
- Desinhibición, alegría desmedida, enrojecimiento ocular.
- Empeoramiento del tiempo de reacción y de atención.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía Drogas. (2007, p. 31)

Tras varios estudios se ha llegado a la conclusión de que el uso de cannabis afecta y produce daños en el tejido cerebral afectando a su funcionamiento. El hecho de que su consumo se inicie a edades tempranas agrava los daños, ya que el cerebro de los menores está en continuo desarrollo y proceso madurativo (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para El Plan Nacional Sobre Drogas, 2006).

El consumo de cannabis también afecta al Sistema Nervioso Central (SNC). Los efectos sobre el SNC son los más relevantes (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Efectos centrales agudos del cannabis.

EFFECTOS CENTRALES AGUDOS DEL CANNABIS	
EFFECTOS PSICOLÓGICOS	Consecuencias clínicas, euforia, bienestar, relajación...
EFFECTOS COGNITIVOS	Alteración de la memoria a corto plazo, dificultad de concentración...
EFFECTOS EN EL RENDIMIENTO PSICOMOTOR	Empeoramiento en el tiempo de reacción y atención, incorporación motora.
EFFECTOS EN LA CONDUCCIÓN DE VEHÍCULOS	Empeoramiento en la conducción, mayor riesgo de accidentes.
EFFECTOS EN EL SUEÑO	Somnolencia
EFFECTO EN EL APETITO	Aumento del apetito
EFFECTO ANALGESÍA	Disminución del dolor

Fuente: Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas (2006, p. 35).

➤ ***Efectos crónicos del consumo de cannabis***

La OMS (Organización Mundial de la Salud) considera que el consumo crónico (reiterado y prolongado) de cannabis perturba la capacidad de integración y organización de información afectando a la atención, memoria, aprendizaje verbal, entre otras (ver Tabla 6).

Tabla 6. Efectos crónicos y consecuencias clínicas del consumo de cannabis.

EFFECTOS	CONSECUENCIAS CLÍNICAS
COGNITIVOS	Alteración de la memoria y atención.
EN EL RENDIMIENTO PSICOMOTOR	Empeoramiento en la conducción, mayor riesgo de accidentes.
RENDIMIENTO ESCOLAR	Peor rendimiento, mayor conflictividad, aumento del absentismo, abandono prematuro de los estudios.

Fuente: Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas (2006, p. 44).

Se ha demostrado que las alteraciones neurocognitivas representadas en la Tabla 6, se pueden normalizar paulatinamente si los individuos dejan de consumir, pudiendo revertir casi por completo a las 4 semanas de finalizar el consumo de cannabis (Pope, Gruber, Hudson, Huestis y Yurgelun-Todd, 2001).

2.3.3. Consecuencias para la salud

Además de las consecuencias físicas que tiene el consumo de cannabis (ej., problemas pulmonares, cardiovasculares, etc.), la OMS considera que el cannabis afecta negativamente a la salud mental de las personas. Entre los trastornos más frecuentes que el cannabis es capaz de ocasionar destacan: síndrome de dependencia (similar al de otras drogas), psicosis, síndrome amotivacional (ver Glosario) y agravamiento del curso de la esquizofrenia. Cuanto antes se empiece a consumir y mayor sea su uso, mayor riesgo existe de que aparezcan estos trastornos (Figura 3).

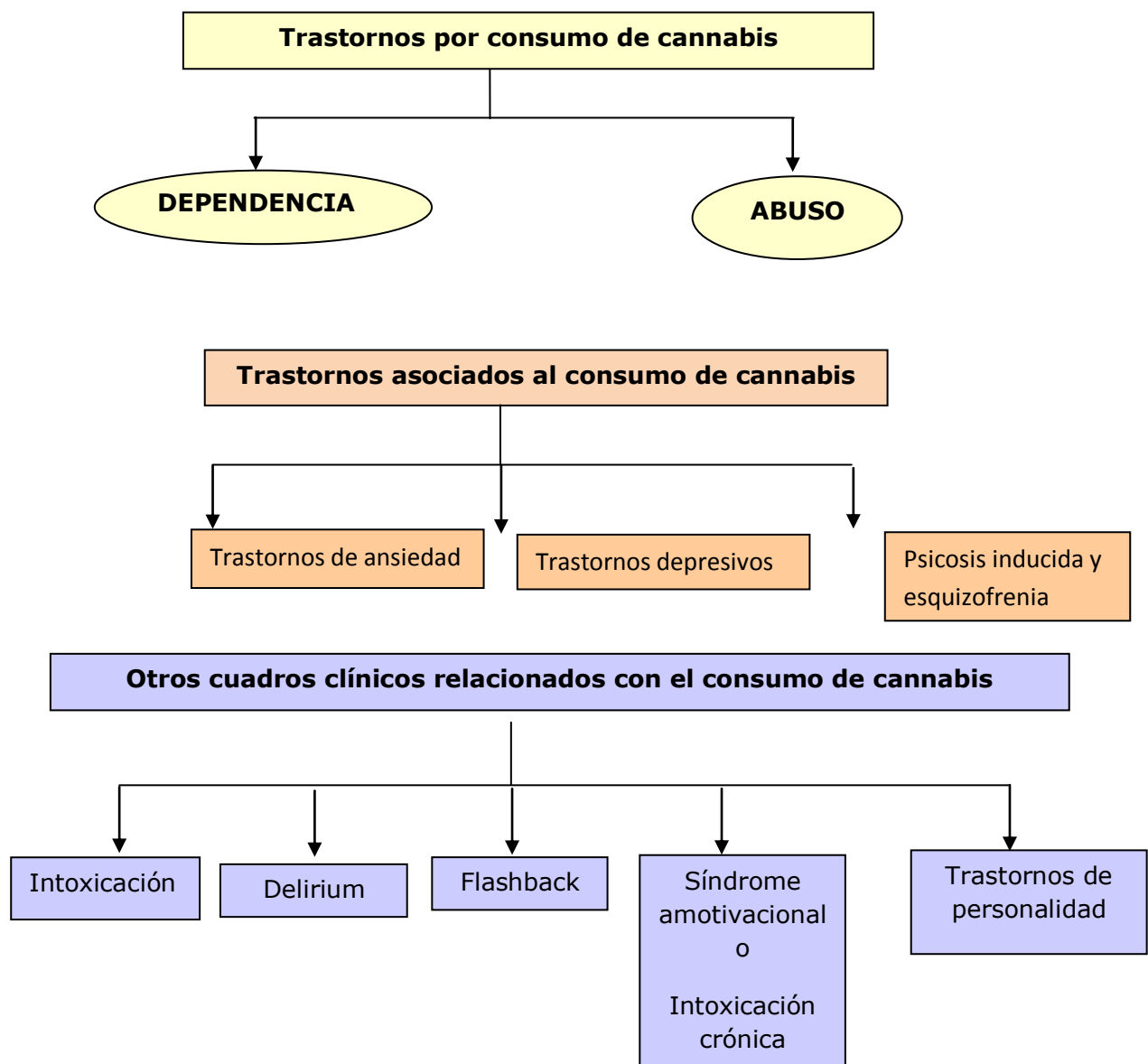
El consumo de forma continuada de cannabis puede provocar dependencia (ver Glosario) y abuso, que pueden como consecuencias: abandono del grupo de amigos no consumidores, falta de interés por realizar actividades que no tengan que ver con el consumo e inquietud por disponer de cannabis.

Cuando estas situaciones aparecen como consecuencia del uso compulsivo de la propia sustancia se denomina “trastorno de dependencia”. Este trastorno puede ir conducido de un “síndrome de abstinencia” distinguido por: ansiedad, pérdida de apetito, nerviosismo, inquietud, etc. Para la American Psychiatric Association (1994), la dependencia es un patrón mal adaptado de abuso de una sustancia, que produce trastornos o dificultades físicas importantes desde un punto de vista clínico. Ha de presentar, durante un período de 12 meses, al menos tres de los siguientes factores:

1. Tolerancia (ver Glosario).
2. Abstinencia (ver Glosario).
3. Consumo de una sustancia a menudo en grandes cantidad durante períodos de tiempo más largos de los que se han producido al inicio del consumo.
4. Existencia de un deseo persistente o de esfuerzos inútiles por reducir o controlar el uso de la sustancia.

5. Empleo exacerbado del tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, su consumo o la recuperación de sus efectos.

Figura 3. Trastornos mentales relacionados y asociados con el consumo de cannabis.



Fuente: Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas (2006, p. 47).

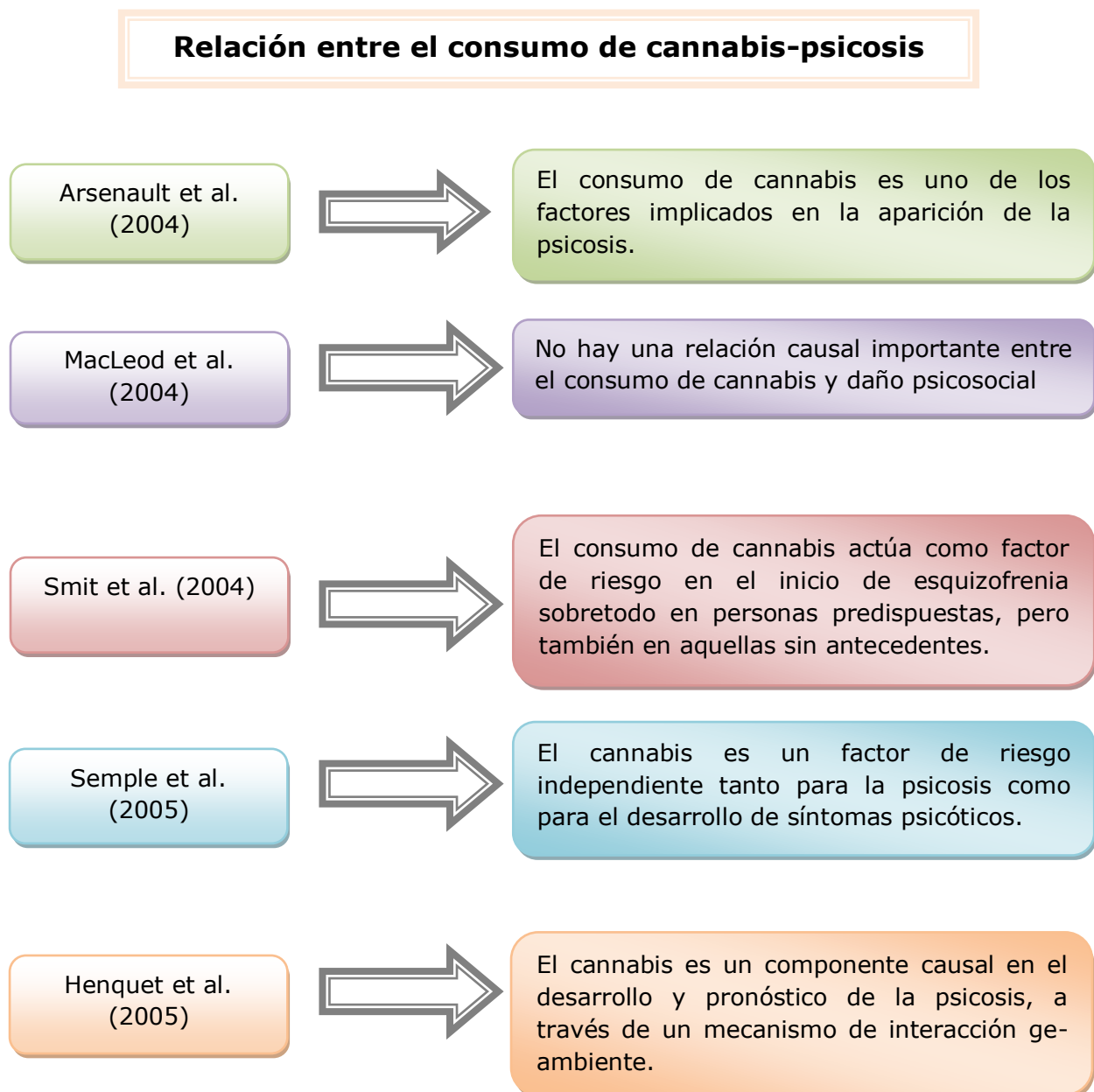
6. Abandono o reducción de actividades importantes de carácter social, ocupacional o recreativa derivadas del uso de la sustancia.
7. Consumo continuado de la sustancia a pesar de conocer la existencia de un problema persistente o recurrente, ya sea de índole física o psicológica, que con toda probabilidad ha sido motivado o exacerbado por la sustancia.

Según estudios realizados por Hall y Solowij (1998), se estima que entre el 7 y 10% de los que han consumido alguna vez cannabis tienen mayor riesgo de desarrollar un trastorno de dependencia.

Los trastornos relacionados con la ansiedad, al igual que los trastornos depresivos, son los más frecuentes en consumidores de cannabis. Así por ejemplo, puede aparecer una sintomatología ansiosa relacionada con la intoxicación aguda provocando ideas paranoides. Que se desarrolle o no este sintomatología también dependerá de la dosis de consumo y se da con mayor frecuencia en mujeres y consumidores poco habituados a la sustancia (Thomas, 1996).

Diferentes estudios, recogidos en el Informe sobre el Cannabis de la Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas (2006), revelan que el consumo de esta sustancia puede aumentar entre 2 y 3 veces el riesgo de que puedan aparecer psicosis a lo largo de la vida (ver Figura 4).

En la mayoría de los estudios neurobiológicos relacionados con los efectos que produce el consumo de cannabis, se puede afirmar que la sustancia afecta al sistema dopaminérgico, en el cual los síntomas psicóticos tienen un desarrollo notable (Fergusson, Poulton, Smith y Boden, 2006).

Figura 4. Relación entre el consumo de cannabis y la psicosis.

Fuente: Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas (2006, p. 51).

Otros cuadros clínicos relacionados con el consumo de cannabis son:

- a) *Delirium por intoxicación por cannabis*: suele aparecer cuando se consumen grandes cantidades de cannabis. Los síntomas que caracterizan este trastorno son: confusión, alteraciones de la memoria y sensoperceptivas, despersonalización, etc. También puede aparecer en aquellos sujetos que consumen por primera vez esta sustancia (Tunving, 1985).
- b) *Flashback por cannabis*: son recurrencias transitorias, sensaciones y vivencias que experimenta el sujeto con la cualidad de una percepción real (experimentar las mismas sensaciones que sintió el consumidor cuando había hecho uso del tóxico), después de semanas o incluso hasta meses de abstinencia. Sobre todo estas recurrencias son más frecuentes en personas que consumen sustancias alucinógenas como por ejemplo: hongos, setas.... (Johns, 2001; Poole y Brabbins, 1996; Tunving, 1985).
- c) *Síndrome amotivacional por cannabis*: está caracterizado sobre todo por un deterioro de la personalidad del sujeto, pérdida de energía... Los síntomas desaparecen cuando la persona está en periodo de abstinencia prolongada del cannabis (Thomas, 1993).
- d) *Trastornos de personalidad*: dependiendo de la etapa en la que se encuentre el consumidor, se procederá a tener un trastorno de personalidad antisocial en el adulto y un trastorno disocial en el adolescente (Agosti, Nunes y Levin, 2002).

2.3.4. Mitos y realidades asociados al consumo de cannabis

Entre los jóvenes existen ciertas creencias o mitos que presentan el cannabis como una droga inofensiva y positiva, pero la "realidad" es

totalmente distinta. Según el Plan Nacional de Drogas (2007), existen diferentes mitos y realidades acerca del consumo de cannabis que se comentan a continuación (Tabla 7).

Tabla 7. Mitos y realidades asociados al consumo de cannabis.

MITOS	REALIDADES
Es una sustancia inofensiva para la salud, porque es un producto natural derivado de una planta y de su resina. Es por tanto una droga ecológica.	Producto natural y producto inocuo no son sinónimos. El tabaco también proviene de una planta y sus riesgos son evidentes. Consumir cannabis provoca varios daños en el cerebro (sobre todo si se empieza a consumir en una edad temprana puesto que el cerebro está en pleno desarrollo). Podemos llegar a la conclusión de que no es nada ecológico.
Los jóvenes fuman cannabis porque está legalmente prohibido, si se legalizara se fumaría mucho menos.	Los usos médicos del cannabis se realizan de forma supervisada, siempre con un control. No hay relación existente con el uso recreativo. Algunos de los medicamentos que se utilizan tienen derivados del opio y nadie piensa que consumir heroína sea algo sano.
El consumo de cannabis puede controlarse, no es adictivo.	Hoy en día existen numerosos estudios que demuestran que su consumo produce adicción, principalmente si se consume en la adolescencia.
Fumar tabaco es más perjudicial que fumar cannabis.	El cannabis tienen carcinógenos y mutágenos del tabaco y en un 50% más de cantidad. Además su forma de consumirla sin filtro y con aspiraciones más profundas aumenta los riesgos de cáncer. Al igual que el tabaco también perjudica a los fumadores pasivos.

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía Drogas. (2007, pp. 36-37).

2.4. Papel del trabajador social en los procesos de atención a las drogodependencias

El trabajador social tiene un papel fundamental en el proceso de atención integral a personas que tienen problemas con el consumo de drogas. El Plan de Adicciones detalla el proceso de atención integral a partir de una serie de etapas en las que interviene el trabajador social:

a) Atención a la demanda inicial

La atención a las demandas por parte de los consumidores se lleva a cabo mediante dos actuaciones: la recepción y la acogida.

- Recepción: se llama al primer contacto que establece el consumidor con el centro; generalmente este primer contacto lo realiza el personal administrativo, adjudicándole una primera cita con el trabajador social.
- Acogida: es la primera entrevista con el profesional.

El profesional en la primera entrevista tiene que: (i) escuchar la demanda del usuario, (ii) recabar la máxima información posible, (iii) observar cual es el motivo de prioridad en la atención, (iv) ofrecer información y orientar sobre la actuación que va a realizarle al sujeto, (v) generar empatía y establecer un vínculo profesional, y, (vi) motivar al paciente para empezar con la atención.

El trabajador social deberá realizar un análisis de la demanda del sujeto, apoyándole en su posible recuperación y proceso de cambio.

b) Valoración interdisciplinar

Al sujeto siempre se le debe de hacer una valoración teniendo en cuenta diferentes áreas: sanitaria, psicológica social y ocupacional. De toda la información que se recabe de estas 4 áreas, se podrá realizar una evaluación.

En el área social el trabajador social recoge importante información para después realizar lo que se denomina diagnóstico social del paciente (ver Glosario). En el diagnóstico también aparecerá información relacionada con el consumo de la sustancia (droga que se consume, frecuencia de consumo, cómo vive el usuario y su entorno este problema, motivación del paciente....)

Cada paciente tras tener la primera entrevista con el trabajador social pasa a tener su propia historia social (ver Glosario), donde se va a registrar toda la información relacionada con las siguientes variables:

- Situación familiar del paciente
- Su trayectoria formativa-laboral
- Situación económica y grado de autonomía personal
- Red social del paciente
- Características del ocio y como gestiona su tiempo libre.
- Situación judicial

Después de recabar toda la información y plasmarla en la historia de vida, la aportará a los demás profesionales con los que trabaje (médicos, psicólogos, terapeutas...) en las reuniones multidisciplinares que se produzcan.

c) Evaluación multidimensional y diseño del Programa Personalizado de Intervención (PPI)

Cada profesional ofrecerá su perspectiva del paciente para después empezar con la evaluación multidimensional, realizada por el equipo interdisciplinar. En la evaluación se han de tener en cuenta varias áreas: salud, auto-cuidados, psicopatología, consumo, área familiar, socio-relacional, formativo-laboral y de ocio del paciente. Con toda esta información el equipo se encargará de diseñar un programa personalizado de intervención (PPI) adecuado para cada paciente incluyendo:

- Los objetivos que se quieren conseguir.

- Las actividades que se quieren realizar para poder conseguir los objetivos marcados.

Cuando se diseñe el PPI se le mostrará al paciente para ver si está de acuerdo con lo expuesto y en ocasiones también a la familia.

d) Desarrollo del PPI

Una vez diseñado el PPI y tras su aceptación por parte del paciente, se inicia el proceso de intervención, intentando lograr la desintoxicación del paciente. Dependiendo de los resultados del desarrollo del PPI se podrán introducir las modificaciones convenientes para la evolución del paciente.

2.4.1. Intervención con el consumidor de cannabis

➤ Intervención individual

La intervención individual se realiza fundamentalmente a través de la entrevista, que es una técnica de intervención social. Rossell (1998), la define como una técnica con grandes beneficios para las ciencias sociales, que puede ser utilizada con distintos fines: recogida de datos, motivacional, de asesoramiento, informativa, de seguimiento, dependiendo de los objetivos de la misma.

El trabajador social debe ofrecer al paciente una escucha activa, además de extraer información y conclusiones para tomar posteriormente decisiones y solucionar de la mejor manera posible el problema del paciente.

La entrevista también es una técnica idónea para ofrecer información, asesoramiento y ayuda para la evolución del usuario. En ella se deben incluir componentes destinados a conseguir que el usuario lleve una vida más saludable, facilitar el acceso a la formación y empleo, indicar cuál es la utilización correcta de recursos, además de fomentar la realización de actividades para ocupar el ocio y el tiempo libre. La relación de confianza que se establece entre el profesional y el paciente ayuda a que el sujeto consiga una mayor capacidad a la hora de empezar a hacer cambios positivos en su vida.

➤ **Intervención grupal**

Según el II Plan de Adicciones del Gobierno de Aragón (*n. d.*), el grupo es considerado una herramienta terapéutica, ofreciendo al paciente las ventajas positivas que el grupo entrega para el proceso de cambio. El consumo de cannabis, como el del tabaco suele empezar dentro del grupos de iguales (puede haber una presión del grupo para consumir).

Tal y como afirman García del Castillo y López Sánchez (2005):

"Las sesiones terapéuticas grupales ofrecen un marco muy adecuado para el entrenamiento en técnicas de relajación así como para la prevención de otras posibles drogodependencias y la prevención de recaídas, puesto que rentabilizan las intervenciones y favorecen la adquisición de habilidades sociales que después se extrapolarán a otro tipo de situaciones" (p. 307).

El tratamiento del cannabis en formato grupal tiene una serie de ventajas y desventajas que se recogen en la Tabla 8.

Tabla 8. Ventajas del tratamiento del consumo de cannabis en formato grupal.

Ventajas:

- En la adolescencia el grupo de pares puede ser un referente más adecuado incluso que la propia familia.
- Rentabilización de las intervenciones.

Criterios de selección:

- Edades homogéneas (sujetos con un alto historial de consumo no deberían de coincidir con adolescentes recién iniciados, por posibles riesgos de resultados contraterapéuticos.
- No consumo de otras drogas

Fuente: Solé (2000, p. 311).

2.4.2. Intervención con la familia

Según el II Plan de Adicciones del Gobierno de Aragón (*n. d.*), la intervención con las familias de los pacientes es una actuación imprescindible en el tratamiento de las conductas adictivas, principalmente cuando los usuarios son menores de edad. La técnica que se utiliza para trabajar con las familias es la misma que la utilizada en la intervención individual, la entrevista. El objetivo que se persigue en este tipo de intervención es implicar a las familias del usuario consumidor de drogas que está atravesando un problema (salud, económico...), poder proporcionarle información acorde a su situación y, sobre el tratamiento, proporcionando las habilidades y el apoyo necesario que las familias necesitan para que puedan solucionar sus dificultades.

Según Carballada (2007) *"uno de los roles a cumplir por el trabajador social en el abordaje de una problemática familiar es el de "aliviador" de las múltiples carencias del sistema familiar, "aliviador" de los padecimientos de los sujetos sociales que requieren intervención"* (p. 4).

El rol del trabajador social es fundamental, en cuanto persigue apoyar y ofrecer la ayuda necesaria que soliciten los sujetos desarrollando su capacidad resiliente y su capacidad de autogestión.

Por lo tanto, la intervención social con familias está dirigida a la búsqueda de significados. Como dice Minuchin (1994) hay que *"prestar atención tanto a la individualidad como a la conexión, y saber ampliar las historias individuales cambiando la perspectiva de la familia"*.

Es fundamental trabajar la autoestima con las familias, para reforzar su cuidado personal y el de los demás. Satir (1990) habla de cuatro aspectos de la vida en familia, afirmando que para aliviar los daños que causan los

problemas de los hijos a las familias es imprescindible encontrar la manera de cambiar alguno de estos aspectos:

- Autoestima
- Comunicación
- Las reglas (normas).
- Enlace con la sociedad.

Así mismo, un eje importante a tener en cuenta en la intervención con familias es el concepto de resiliencia. Entendemos por resiliencia la capacidad que tienen las personas para superar los problemas a los cuales están sometidos e, incluso, de superarlos (Melillo, 2004). Según esto, el trabajador social ayudará a las familias a reforzarse a que sean conscientes y fuertes para enfrentarse a los posibles cambios que se vayan a producir en sus vidas y sobre todo a evitar cualquier tipo de sufrimiento.

2.5. Consecuencias que tiene el consumo de drogas en los sistemas familiares.

En este apartado se recoge una síntesis del trabajo de Albert Soldevilla², psicólogo colaborador del Instituto de Asistencia Psicológica, en el que se muestran las principales preocupaciones de los padres cuyos hijos consumen drogas, ofreciendo las pautas necesarias para abordar esta problemática.

El impacto que pueda tener el consumo de drogas en la familia, dependerá del tipo de consumo, la droga consumida y la edad del sujeto. La situación es diferente cuando se trata de un consumo experimental que cuando el consumo es habitual, abusivo, e incluso de una adicción.

En los primeros niveles (suelen ser los más habituales) los padres pueden llegar a sospechar que su hijo/a consume alguna sustancia y lo que intentan es hablar con ellos sobre el tema, un hecho que normalmente genera situaciones incómodas y conflictivas. Aun así, aunque los padres se muestren

² <http://mensalus.es/psicologos/blog/mi-hijo-consume-drogas-pautas-para-el-abordaje-psicoterapeutico-y-familiar/>

preocupados por el consumo de sus hijos/as, no suelen implicarse plenamente en la problemática porque no saben cómo hacerlo.

Existen ciertos datos que pueden llevar a los padres que sean conscientes de que su hijo/a hace uso de las drogas como por ejemplo: les han visto sustancias en casa, los han pillado consumiendo, sus hijos han recibido sanciones de la policía por consumir en la calle, etc.

Existen programas psicoeducativos para jóvenes sancionados por consumo que dan la opción de sustituir la sanción económica por asesoramiento sobre drogas. Es importante que los padres sepan que existen estas opciones. En Zaragoza, el Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones tiene un Programa dirigido a estos jóvenes "Programa Pasa", jóvenes menores de 25 años que han sido multados por la policía por la tenencia de sustancias ilegales en la vía pública. Este programa da la opción a estos jóvenes de participar en el programa para dejar de consumir con controles de orina (uno en la primera sesión y otra en la última). Si los controles dan negativos no tendrán que pagar la multa. El programa consiste en 6 sesiones con una duración de hora y media, impartidas por la trabajadora social del Centro, menos la penúltima sesión que la lleva a cabo un psicólogo. La finalidad del programa es que los propios jóvenes experimenten qué sensaciones tienen sin consumir, promoviendo su recuperación y que no vuelvan a hacer uso de las drogas.

En casos más graves, es decir, casos en los que el consumo es algo habitual e incluso exista una dependencia, la preocupación de los padres aumenta y como consecuencia, los conflictos pueden repercutir en la relación entre padres e hijos. Estos conflictos pueden provocar una incomunicación total entre ambos, y la aparición de sentimientos de impotencia por parte de los padres, quienes van viendo como la relación con sus hijos queda contaminada en todos los aspectos.

La principal preocupación de los padres es saber cómo abordar la problemática del consumo con sus hijos sin generar un conflicto entre ambos. Pueden sentir miedo al hablar con ellos, que no sean sinceros, o que se

distancien de la familia de tal modo que resulte complicado controlar la situación.

Cuando tienen ocasiones de hablar con sus hijos, su preocupación se convierte en saber cómo convencerles para que no consuman, cómo comportarse y si optar por una posición rígida o permisiva. Es una constante inquietud: si se muestran muy rígidos, puede aparecer el conflicto y una mala comunicación; por otro lado, si son demasiado permisivos, los hijos pueden pensar que el tema no es de mucha importancia y como consecuencia de esto, continuar consumiendo sin ser conscientes de que se trata de una situación preocupante.

El sentimiento principal de los padres es sentir miedo porque se encuentran en una situación que no saben cómo controlar. También se sienten desesperanzados al haber intentado abordar la problemática sin éxito. Ante la desesperanza de los padres, suelen optar por hablar con sus hijos en un tono más rígido, provocándose de nuevo un conflicto y empeorando la situación, generando así un círculo vicioso del que no pueden salir, puesto que los hijos se muestran cada vez más reacios a mantener cualquier tipo de conversación con sus padres.

Ante esta situación, la relación con sus hijos se puede ver cada más deteriorada: total falta de comunicación, comportamientos agresivos hacia los padres, robos para conseguir dinero y poder consumir, falta de respeto..., en definitiva una convivencia difícil para la familia.

Cuando sienten que la situación les supera, que el control hacia sus hijos está perdido y que no saben qué hacer con ellos, es momento de acudir a un profesional para que este pueda abordar de la mejor manera la problemática. Cuanto más rápida sea la actuación por parte de los padres para pedir ayuda, mejor será el pronóstico y la intervención también será más fácil. Es importante que los hijos también acudan para ser ayudados por profesionales; si esto no fuera posible, existe la posibilidad de trabajar con los padres para tratar de mejorar, en la medida de lo posible, la situación.

2.6. Recursos en atención a drogodependencias en la ciudad de Zaragoza

Los Recursos en Atención a Drogodependencias³ según el Gobierno de Aragón, Departamento de Salud y Consumo se describen a continuación.

2.6.1. Área de prevención

Los Centros de Prevención Comunitaria son recursos de corporaciones locales cuyo objeto es tanto evitar el consumo de drogas así como, promover una serie de hábitos saludables. Las funciones de estos Centros Preventivos son los siguientes:

1. Informar, orientar y aconsejar a los individuos que tienen problemas con el consumo de drogas, como a sus familiares, realizando un diagnóstico de la situación de cada uno.
2. Realizar la detección e intervención temprana de aquellos problemas relacionados con la adicción del sujeto y promover iniciativas para la reducción de aquellos posibles riesgos.
3. Participar en la proporción de información sobre cambios en hábitos y actitudes de consumo.
4. Colaborar con el Sistema Educativo para poner en práctica determinados programas escolares de prevención.
5. Proporcionar información de prevención a profesionales, mediadores juveniles y a posibles Redes Comunitarias como por ejemplo; Asociaciones de madres y padres, juveniles etc.
6. Potenciar el desarrollo juvenil para favorecer la participación de los jóvenes así como también de los agentes comunitarios en la elaboración de programas de prevención.

³ <http://www.pnsd.msc.es/Categoria1/directorio/centrosAsistencia/Aragon.pdf>

7. Realizar seguimiento a aquellos sujetos que tras estar sometidos a una Unidad Asistencial necesitan una intervención continuada, para evitar el consumo de drogas (periodo de abstinencia).
8. Impulsar la corporación de políticas locales de prevención relacionadas con problemas de drogodependencia, desde la visión de la promoción de la salud a través de la elaboración de Planes Locales de Prevención.

En la actualidad, el Centro de referencia de Prevención Comunitaria en Zaragoza es el CMPA, situado en la Avenida Pablo Ruiz Picasso, en el que se ha llevado a cabo el presente trabajo de fin de grado.

2.6.2. Área de atención

Las Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones (UASA) “*son unidades asistenciales especializadas en el tratamiento ambulatorio de los trastornos adictivos, que atenderán a aquellos enfermos drogodependientes o que padezcan otros trastornos adictivos que hayan sido derivados por los Centros de Salud, Unidades de Salud Mental o los Centros de Prevención Comunitaria*” (p. 10).

El acceso de pacientes a estas Unidades de Atención se realiza directamente o también por derivación desde cualquier centro sanitario del Sector.

Las funciones de estas unidades son las siguientes:

- Información, orientación y asesoramiento a los individuos con problemas de adicción así como, a sus familias. También con problemas relacionados con asociados; la salud física o psíquica, familiares, legales, laborales...
- Desarrollar programas orientados al abandono del consumo de drogas a través de intervenciones tanto individuales como grupales en diferentes áreas por parte de los distintos profesionales y de forma ambulatoria.

- Planificación de forma individual del proceso terapéutico (desintoxicación, rehabilitación ambulatoria y deshabituación del sujeto).
- Diseñar y desarrollar programas de mantenimiento de opiáceos y para la reducción de posibles daños.
- Asesorar a las familias incorporándolas en los diferentes procesos terapéuticos y facilitándoles la permanencia en los programas.
- Intervención determinada con adolescentes que presentan problemas de adicciones.
- Intervención continuada y un seguimiento para mantener los objetivos terapéuticos establecidos.
- Apoyo al proceso de incorporación social coordinando con distintos recursos sociales y redes comunitarias, además de coordinar con el resto de recursos de los niveles primarios y terciarios en las redes social y sanitaria.

Las Unidades de Atención y Seguimiento de Adicciones (UASA) que podemos encontrar en Zaragoza son las siguientes:

- Servicio Aragonés de Salud
- CMAPA
- Centro Solidaridad Manuela Sancho.
- Cruz Roja.

2.6.3. Recursos residenciales

Las Comunidades Terapéuticas (CT) son centros de rehabilitación de carácter residencial que ofrecen atención para conseguir la deshabituación, rehabilitación y reinserción del sujeto con problemas de adicción mediante terapia farmacológica, psicológica y ocupacional, con el objetivo de poder facilitar la incorporación social del sujeto.

Las CT que existen en la localidad de Zaragoza son: El Frago y Proyecto Hombre.

3. ANÁLISIS DE DATOS

3.1. Introducción

La familia es muy importante para el desarrollo del ser humano. Su labor fundamental es que los hijos lleguen a ser personas autónomas y aunque la familia tiende a perder influencia en éstos, su papel no deja de ser vital, sobre todo en los problemas relacionados con las drogas.

Para tener conciencia del impacto que tiene el consumo de cannabis por parte de los hijos en el ambiente familiar, como técnica de investigación cuantitativa, se ha realizado un modelo de cuestionario. Los cuestionarios se han podido repartir a los padres y madres que han recurrido a un Programa impartido por el CMAPA (Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones) en el municipio de Zaragoza. El CMAPA ofrece atención y tratamiento personalizado, desde un enfoque biopsicosocial, a usuarios con problemas de adicciones como por ejemplo: tabaco, alcohol, cocaína, juego patológico, etc. También se desarrollan diferentes programas de prevención de adicciones que se llevan a cabo en diferentes ámbitos. Se trata de un centro ambulatorio y gratuito.

En este apartado se van a describir los objetivos, la metodología y los principales resultados obtenidos a partir de los cuestionarios realizados al grupo de padres del "**Programa Bitácora**". Este programa se creó en el año 2006. Se trata de un taller formativo en el que se trabajan diferentes contenidos (información general sobre drogas, familia y comunicación, familia y el afecto, la familia y el entorno...) de cara a la mejora de la información y el desarrollo de competencias educativas, con la participación activa de los padres. Los objetivos que persigue son los siguientes:

- Favorecer que la familia tome conciencia de que tiene una amplia capacidad de influencia sobre los hijos en cuanto a conductas de riesgo, y entre ellas la del consumo de drogas.

- Facilitar a la familia estrategias y recursos que permitan su actuación de un modo adecuado en lo que respecta a la educación y al consumo de sustancias.

El Programa Bitácora va dirigido a aquellos padres y madres cuyos hijos consumen alguna sustancia de forma ocasional o habitual y que están preocupados por estos comportamientos de riesgo, derivándose de ello algunas consecuencias que influyen en la dinámica familiar. Sirve para que la familia tome conciencia de su amplia capacidad de influencia sobre los hijos, aunque en la adolescencia cobra mayor importancia el grupo de iguales.

La metodología que utiliza este Programa son sesiones grupales, psicoeducativas y semidireccionales, impartidas por dos profesionales del CMAPA: trabajadora social (ámbito de atención) y una profesora de educación (ámbito de prevención). Se realizan 6 sesiones (una cada semana) con una duración de hora y media aproximadamente, durante el mes de abril-mayo del año 2013. Los contenidos de las sesiones son los siguientes:

- Lo que ocurre a nuestro alrededor. Lo que sentimos.
- Las drogas: ¿qué son, tipos, etc.?
- La familia y la comunicación. Estilos de relaciones familiares.
- La familia y el afecto. Autoestima, sentimientos.
- La familia y la organización. Normas y límites.
- Autocontrol de la ira.
- La familia y el entorno. Tiempo libre, red social, recursos.

Gracias a la elaboración de los cuestionarios, nos hemos podido acercar un poco más a la problemática que se pretende abordar en este trabajo de investigación.

3.2. Objetivos e hipótesis

OBJETO DE ESTUDIO: La situación de las familias con hijos/as consumidores de cannabis y cómo les afecta esta problemática día a día.

OBJETIVO GENERAL

Analizar el impacto del consumo de cannabis en el ambiente familiar, confrontando el supuesto deterioro que causa el consumo en las relaciones entre padres e hijos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Analizar la relación que tienen los padres y madres con sus hijos/as.
- Investigar desde cuándo y cómo fueron conscientes de que su hijo/a estaba consumiendo drogas.
- Indagar acerca de la existencia de normas de convivencia y relacionadas con el uso de drogas.

HIPÓTESIS GENERAL

La mayor preocupación de los padres es que sus hijos/as consuman drogas de forma ocasional o habitual, provocando además una serie de situaciones que influyen en la dinámica familiar.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

- Las sesiones grupales realizadas en el CMAPA sirven como apoyo y para facilitar a los padres y madres una serie de estrategias y recursos que permitan su correcta actuación en lo relacionado a la educación y consumo de drogas de sus hijos/as.
- Las familias muchas veces no se sienten capacitadas para proporcionar ayuda a sus hijos/as, por eso recurren a profesionales.
- La comunicación con los/as hijos/as es cada vez menor.

- La relación que tienen las familias con sus hijos/as se ha visto deteriorada en ocasiones desde que han iniciado en el consumo de drogas.

3.3. Metodología

➤ Universo

Padres y madres que recurren al CMAPA para tratar la problemática del consumo de drogas de sus hijos/as.

➤ Muestra

Dado que uno de los objetivos fundamentales de la presente investigación es analizar el impacto del consumo de cannabis en el ambiente familiar, se administró un cuestionario a los padres y madres que acaban de entrar a formar parte del Programa Bitácora, impartido en el Centro Municipal de Atención y Prevención de las Adicciones en Zaragoza.

El tamaño de la muestra resultada fue de 9 padres. Cabe señalar que dicha muestra estuvo formada por la **totalidad de padres y madres** que comenzaron a formar parte del Programa Bitácora desde el 12 de abril del 2013. Además, todos accedieron a responder a los cuestionarios y los nueve han sido válidos.

3.4. Técnica de investigación

Se ha elaborado un modelo de cuestionario con un conjunto de preguntas diseñadas para generar los datos necesarios y poder alcanzar los objetivos propuestos en esta investigación y que han sido detallados anteriormente. El cuestionario nos va a permitir ajustar y completar el proceso de recopilación de datos.

El cuestionario se ha aplicado a los destinatarios seleccionados en la muestra. Se trata de una técnica de investigación muy eficaz puesto que, gracias a ella, se ha podido recabar información sobre un número de personas en un periodo bastante breve. El cuestionario está formado por tres bloques diferentes:

1º) DATOS PERSONALES: se recoge la información personal del sujeto (edad, sexo, estado civil, nacionalidad).

2º) DATOS PREVIOS: la información recogida está relacionada con las personas que forman el hogar familiar, estudios y situación laboral del sujeto)

3º) PREGUNTAS DATOS: este apartado recoge información relacionada con los objetivos que se pretenden conseguir en la investigación.

Las preguntas utilizadas en el cuestionario han sido de varios tipos: abiertas (permiten al encuestado contestar con sus propias palabras) y de tipo cerrado (permiten al sujeto que elija la respuesta de una lista de opciones). Tras su elaboración fue supervisado por los directores del trabajo así como por los profesionales del CMAPA (Ver Anexos). Por último, cabe señalar que se garantizó en todo momento la confidencialidad de los datos recabados entre los padres encuestados.

3.5. Análisis de los resultados

Centrándonos ahora en el análisis de los cuestionarios rellenados por los padres participantes, se comenta en primer lugar la información obtenida en las preguntas del primer bloque sobre datos personales. Como ya hemos mencionado anteriormente, el número de padres que han elaborado el cuestionario han sido la **totalidad del grupo de padres y madres**

participantes en el Programa Bitácora del CMAPA. El objetivo de este sondeo era medir o analizar el impacto del consumo de cannabis en el ambiente familiar, confrontando el supuesto deterioro que causa el consumo en las relaciones entre padres e hijos.

Los padres que han participado en esta investigación tienen edades comprendidas entre 35 y 58 años (la media de edad de las mujeres es de 49,78 años), todos ellos son de nacionalidad española y residentes en la ciudad de Zaragoza. En la Tabla 9 se recogen los datos según el número de padres.

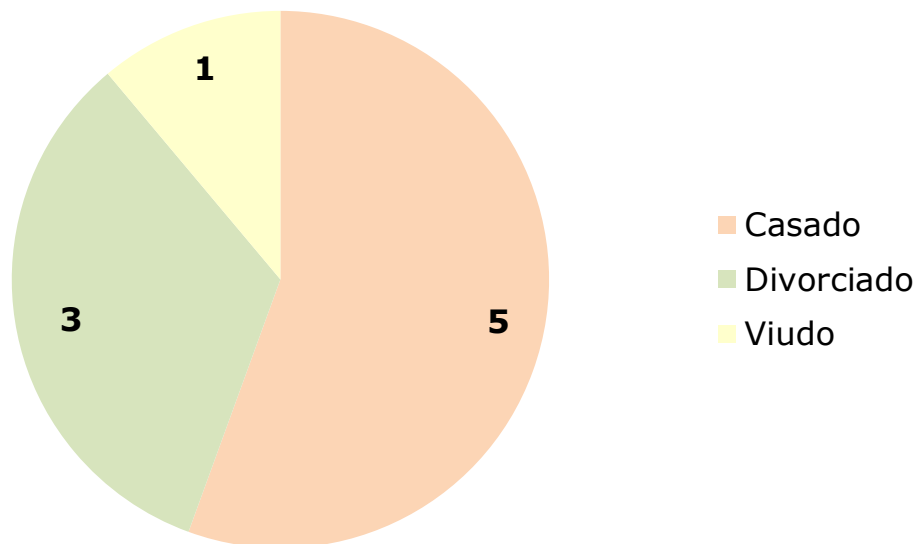
Tabla 9. Número de padres participantes por género.

HOMBRES	MUJERES
1	8

Es decir, en el presente estudio participaron un total de 9 padres, 8 mujeres y un hombre. Hay que hacer hincapié en la notable diferencia que existe entre hombres y mujeres en la participación en este tipo de programas y a la hora de pedir ayuda a profesionales para resolver su problemática. Casi la totalidad de los componentes del Programa Bitácora son mujeres.

Normalmente, los padres son los primeros en darse cuenta de que su hijo/a manifiesta algún problema (emocional, de comportamiento, etc.). Aun así, decidirse a buscar ayuda puede ser una decisión dolorosa y complicada y es la mujer la que normalmente toma la iniciativa de buscar ayuda profesional especializada que le permita enfrentarse a la problemática del consumo de drogas de su hijo/a.

Por lo que respecta al estado civil, la información relativa a esta variable aparece en la Figura 5.

Figura 5. Estado civil de los padres

Cada número que aparece en la Figura 5, son frecuencias absolutas de cada categoría.

Cantón, Cortés y Justicia (2002), indican que la separación o divorcio o la pérdida de alguno de los padres (fallecimiento o bien de la madre o del padre) suele tener efectos negativos en sus hijos/as. En la adolescencia, los jóvenes que afrontan la separación o pérdida de los padres pueden acrecentar sus conductas de riesgo (por ejemplo el consumo de drogas, dificultades en las relaciones con los iguales, promiscuidad...).

El segundo bloque del cuestionario se corresponde con el bloque dos de datos previos. Hace referencia a datos sociodemográficos de la población destinataria a partir de variables consideradas relevantes para el estudio. Este

segundo bloque está dividido en cuatro preguntas, se van a analizar de forma individualizada.

Variables	Indicadores
Núcleo familiar	Composición familiar, número de hijos/as.
Estudios	Primarios, medios o superiores
Situación Laboral	Actividad laboral

Pregunta 1. ¿Qué personas forman parte del hogar familiar?

Pregunta 2. Número de hijos

El análisis de las personas que forman parte del hogar familiar se ha realizado en función del estado civil de cada uno de los padres, representando los datos en la Tabla 10.

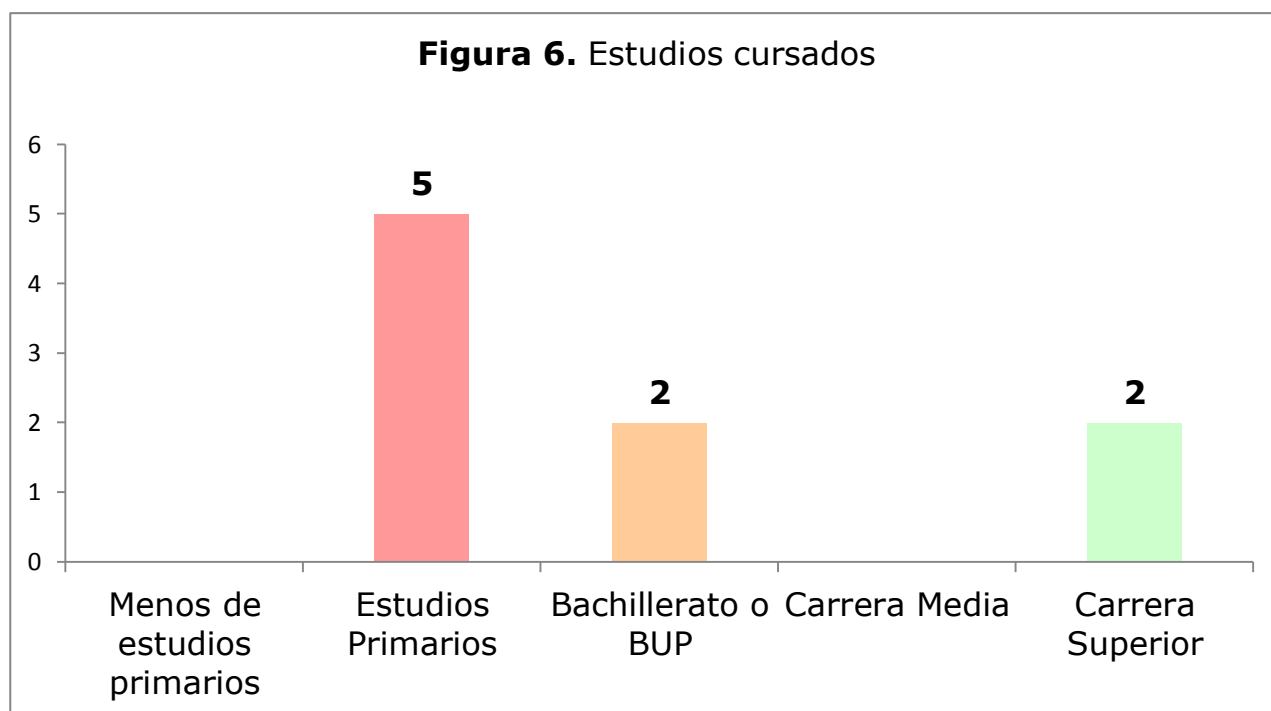
Pregunta 3. Indique los estudios cursados

Como se puede observar en la figura 6, la mayor parte de los padres tiene estudios primarios.

Tabla 10. Personas que forman parte del hogar familiar según el estado civil de los padres.

Estado civil	Familia*	Composición familiar
CASADA	1	Madre, padre, un hijo.
	2	Madre, padre, dos hijos.
	3	Madre, padre, abuela, un hijo.
	4	Madre, padre, abuela, dos hijos.
	5	Madre, padre, dos hijos.
DIVORCIADO/A	1	Madre, su hermano, tres hijos.
	2	Madre, su pareja, dos hijos
	3	Padre, pareja, un hijo
VIUDA	1	Madre, dos hijos

* Se ha ordenado la familia dependiendo de su estado civil, casadas: 5 madres; Divorciado/a: 2 madres y un padre; Viuda: una madre.



Pregunta 4. ¿Cuál es su situación laboral?

Los datos obtenidos en esta pregunta pueden observarse en la Tabla 11.

Tabla 11. Situación Laboral

Situación Laboral	Respuesta padres
Desempleado/a (paro)	2
Trabajador/a por cuenta propia	1
Trabajador/a cuanta ajena	2
Tareas domésticas	4

En el tercer y último bloque del cuestionario se incluyeron preguntas relacionadas con las siguientes variables: principales preocupaciones de los padres en relación a sus hijos/as, el trato que tienen con ellos/as, comunicación, normas de consumo y convivencia, entre otras. Al igual que ha

realizado con el bloque número dos, se describirán los resultados obtenidos en las veinte preguntas que conforman este tercer bloque.

Pregunta 1. Preocupaciones percibidas por los padres respecto a los hijos.

En esta pregunta se les pidió a los padres que escogiesen de entre un grupo de 7 cuestiones, aquellas tres que más les preocupasen respecto a sus hijos/as. Una vez elegidas, tenían que ordenarlas de mayor a menor grado de preocupación, siendo la opción "1" la cuestión más preocupante y "3" la menos preocupante). Como primera opción, la preocupación más resaltada para la totalidad de los padres ha sido el consumo de drogas (100%), seguida de los estudios (88,8%) y las amistades con las que suelen ir sus hijos/as (55,5%) (Ver Tabla 12).

Tabla 12. Preocupaciones de los padres.

	Opción 1	Opción 2	Opción 3	Total	
	N	N	N	N	%
Consumo drogas	9	0	0	9	100
Estudios	0	7	1	8	88,8
Situación laboral	0	0	1	1	11,1
Problemas sexuales	0	1	1	2	22,2
Colaboración en casa	0	0	0	0	0
Normas de convivencia	0	1	1	2	22,2
Amigos con los que sale	0	0	5	5	55,5
Otros	0	0	0	0	0

Como primera opción la preocupación más destacada en este cuestionario ha sido, para el total de los padres/madres, el consumo de drogas, seguido de los estudios y la tercera opción amigos con los que sale. La colaboración en casa curiosamente, no es una preocupación para ninguno de los padres. En el cuestionario se les ha dado opción de ofrecer otras posibles inquietudes, pero ningún padre ha rellenado contestado.

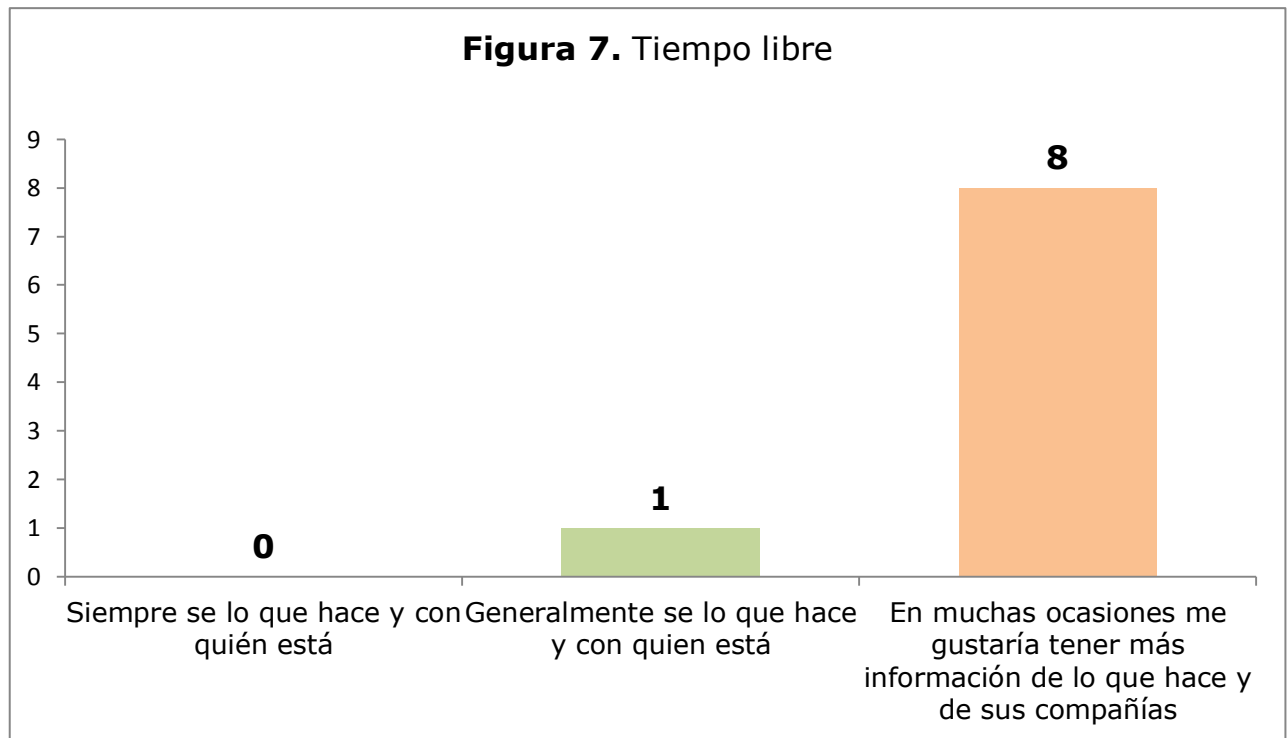
Pregunta 2. Con respecto a lo que su hijo/a hace en el tiempo libre

La mayoría de los padres optaron por la respuesta “en muchas ocasiones me gustaría tener más información de lo que hace y de sus compañías” (ver Figura 7). Los padres se quejan de que cuando sus hijos/as ya no están bajo su control (porque se encuentran fuera de casa) no saben dónde pueden estar ni con quien. Hay veces que desconocen al grupo de iguales con los que salen sus hijos/as y eso les inquieta en gran medida. Tienen miedo a que el grupo de iguales no sea buena compañía para sus hijos, que durante su tiempo libre se dediquen a consumir drogas o puedan estar expuestos a otras conductas de riesgo.

En el cuestionario, como hemos mencionado al principio en el apartado de metodología, existen dos tipos de formulación de preguntas: abiertas y cerradas. A continuación, se va a realizar un análisis de las cuatro preguntas abiertas que se han realizado.

Pregunta 3. ¿Desde cuándo es consciente de que su hijo/a consume drogas?

La mayoría de los padres ha sabido de la existencia del consumo de sus hijos entre octubre del año del 2012 y principios del año 2013.



Pregunta 4. ¿Cómo se dio cuenta de que su hijo/a estaba consumiendo drogas?

Las explicaciones que han dado los padres sobre cómo fueron conscientes de que sus hijos/as consumen drogas han sido las siguientes:

- *"El brillo de los ojos, mucho sueño, cambio de mal humor y muy mal carácter"*
- *"Le pillé bolsitas de maría escondidas entre sus cosas y por sus reacciones y conducta"*
- *"A través del tuenti (red social)"*
- *"Por su comportamiento y porque él se lo reconoció al psiquiatra"*
- *"Primero nos encontramos restos de su consumo (bolsitas con cannabis, papelinas... segundo, indicios en los ojos, comportamientos, gasto etc."*
- *"Por el olor y que estaba raro en su comportamiento"*

- *"Le pille restos de hachís y marihuana en su mesita de noche junto con un paquete de tabaco"*
- *"Por su comportamiento, gasto, ojos rojos"*
- *"Muy mal carácter, malas contestaciones en casa (comportamiento poco usuales en él)".*

Pregunta 5. ¿Cuál cree que es el principal motivo que ha llevado a su hijo/a al consumo de drogas?

La siguiente pregunta consta de varias respuestas: "presión por parte de los amigos", "curiosidad", "evadirse de la realidad", "experimentar nuevas sensaciones" y "otras" (respuesta abierta para que los padres puedan expresar sus motivos por los cuales piensen que su hijo/a ha podido recurrir al consumo de sustancias). Las respuestas de los padres han sido muy variadas. Esta pregunta a traído una serie de problemas a la hora de analizar los datos, puesto que sólo se requería que los padres marcaran una opción de las posibles que te daba el cuestionario, sin embargo casi todos los padres han marcado más de una opción. El análisis de los datos se va a realizar por tanto, en función de forma individualizada, según el número de padres que hayan marcado cada opción.

- Presión por parte de los amigos: 3 padres han marcado esta opción.
- Curiosidad: 8 padres han marcado esta opción.
- Evadirse de la realidad: 6 de los padres han marcado esta opción.
- Experimentar nuevas sensaciones: 5 padres han marcado esta opción.
- Otras: ninguno de los padres han expresado nuevos motivos.

Pregunta 6. ¿Por qué ha recurrido al CMAPA para tratar el consumo de drogas de su hijo/a?

Las respuestas de los padres/madres a esta cuestión han sido bastante variadas entre sí:

- Por recomendación del psiquiatra
- Necesidad de contarle el problema a alguien y tener más información sobre el tema de drogas con personas especializadas.
- Por experiencia familiar
- A modo de ayuda, para aprender pautas a seguir con su hijo (como hablar con él, castigos...)
- Propuesta por el médico de familia

Pregunta 7. ¿Cómo supo de la existencia de este Centro?

Los padres conocían el Centro Municipal de Adicciones (CMAPA) sobre todo por otros profesionales (médico de familia y psiquiatra), familiares, amigos y a través de internet.

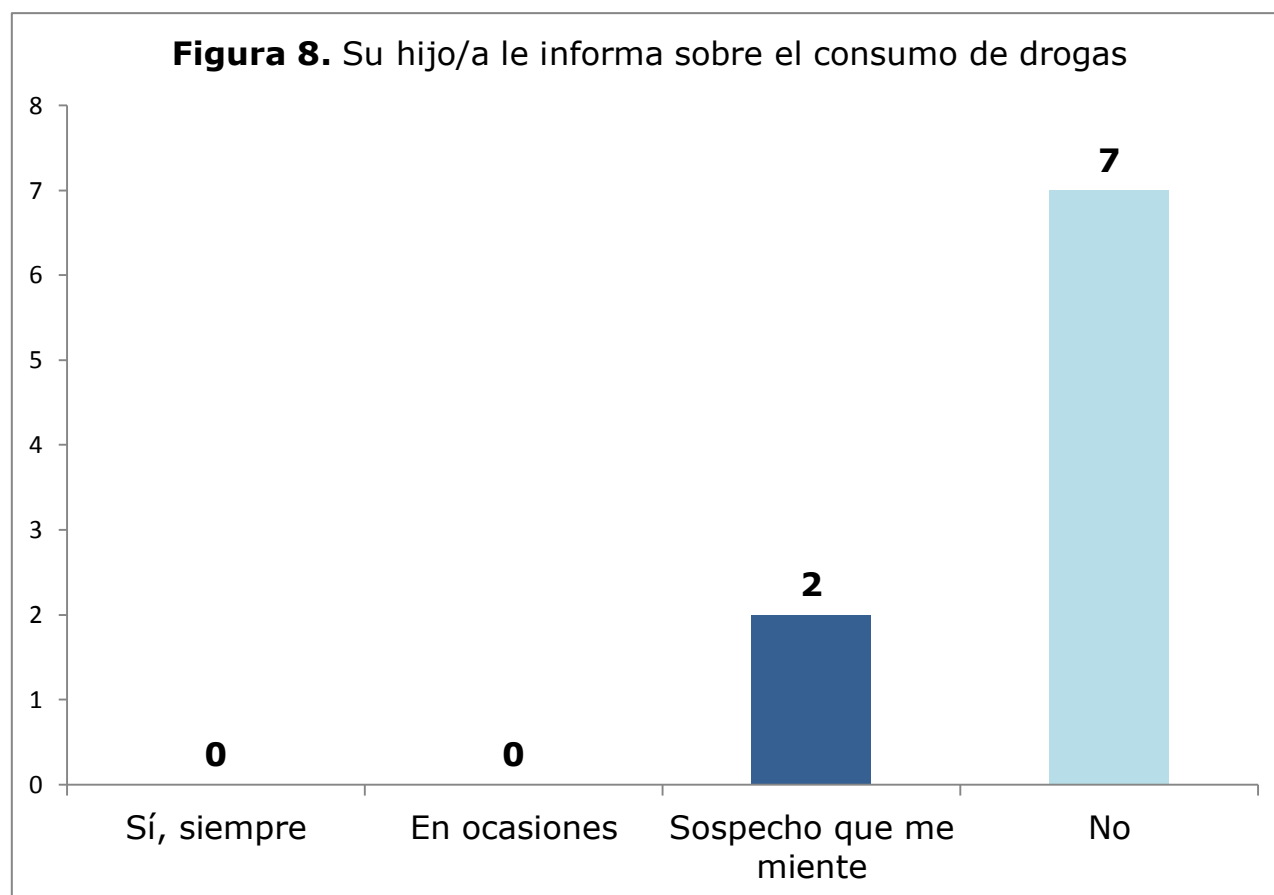
Pregunta 8. ¿Ha habido otros intentos de ayudar a su hijo antes de acudir este centro?

La mayor parte de los padres (78%) no habían solicitado ayuda especializada previamente.

Pregunta 9. ¿Cree que su hijo/a le informa sobre su consumo de drogas?

Para esta pregunta se han asignado cuatro modelos de respuestas: "sí, siempre", "en ocasiones", "sospecho que me miente" y "no". A continuación, en la Figura 8 se recogen las contestaciones de los padres a esta cuestión.

En esta figura se puede observar que ninguno de los padres está informado acerca del consumo que tiene su hijo con las drogas, es decir, saben que consumen pero puede que desconozcan la sustancias y/o sustancias de las cuales hacen uso.



Pregunta 10. ¿Cree que su hijo/a tiene una opinión positiva sobre su consumo?

Según la información ofrecida por los padres, el 100% piensa que sus hijos/as en ocasiones pueden tener una opinión positiva del consumo.

Esto puede estar motivado porque aunque saben que el consumo a largo plazo es perjudicial, ellos obtienen un placer inmediato, lo que les lleva a tener una opinión positiva sobre las drogas. Es decir, consiguen un placer de modo instantáneo quedando en un segundo plano el riesgo o las connotaciones negativas que las drogas puedan tener sobre ellos (Becoña, 2002).

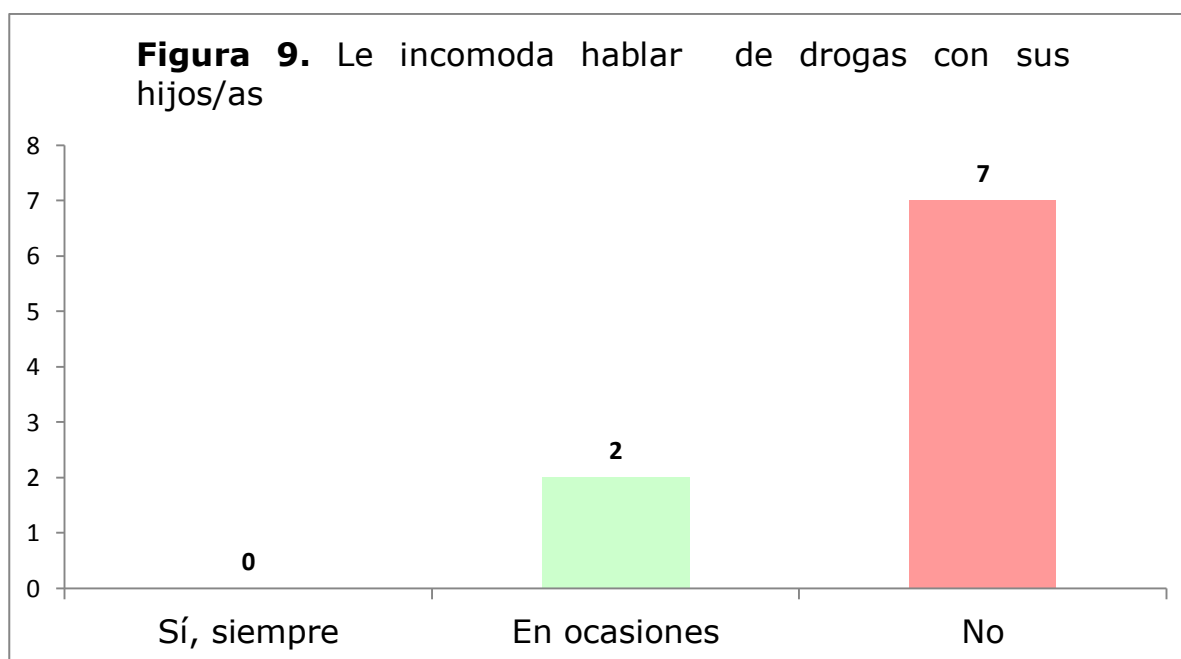
Pregunta 11. ¿Le incomoda hablar de drogas con sus hijos/as?

Los padres no tienen problemas a la hora de hablar acerca de temas relacionados con las drogas y necesitan conocer la problemática que tienen sus hijos con el consumo; sin embargo, los/as hijos/as no siempre están

dispuestos a ofrecer respuestas. Ellos consideran que hay otras personas con las cuales pueden hablar de estos temas como por ejemplo: grupo de iguales, hermanos...

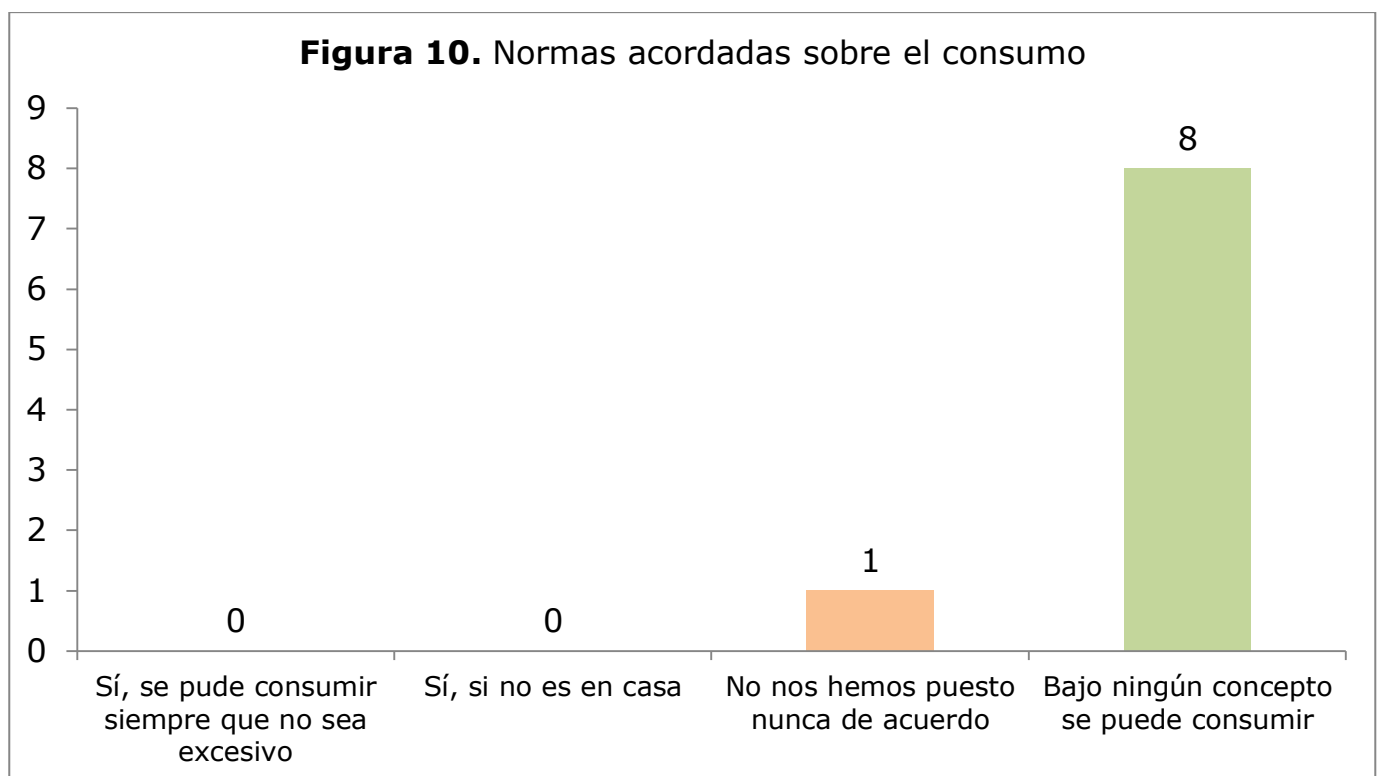
Es importante que los padres busquen el momento adecuado para hablar con sus hijos, sobre todo si es de temas relevantes como el consumo de drogas. Si creen que su hijo/a se encuentra enfadado, frustrado... es más complicado que le preste atención, y la comunicación que se puede establecer con él no va a ser positiva. Se debe buscar un momento en el cual el joven esté relajado y con ganas de entablar conversación. Hay que asegurarse de que los hijos se sienten cómodos a la hora de plantearles preguntas o problemas. Es mejor que se traten estos temas tan delicados a solas padres e hijos sin la presencia de hermanos, amigos...

En la Figura 9 se refleja el porcentaje de padres que han contestado a esta pregunta, indicando la mayoría de ellos que no es un tema que les incomode para hablar con sus hijos/as; es más, se sienten en la obligación de prevenir y de informar acerca de esta problemática.



Pregunta 12. ¿Hay normas ya acordadas en su familia sobre el consumo de drogas?

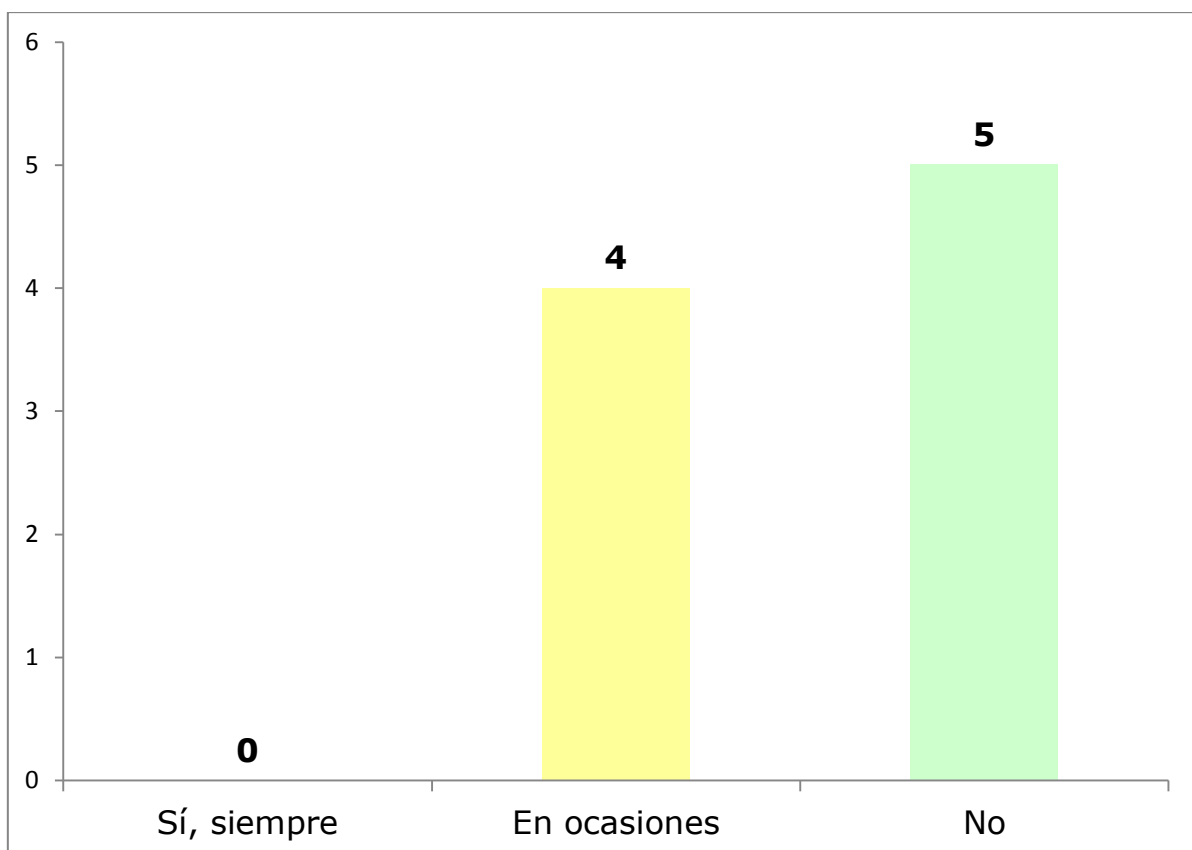
Las normas que impongan los padres acerca del consumo de sustancias son imprescindibles en la educación y la percepción que puedan tener los hijos sobre ellas, estando esto relacionado con su uso. Por ejemplo, si los padres dejan que sus hijos/as planten marihuana en casa, están propiciando y aceptando que el hijo/a recurra al consumo, aunque éste no esté permitido en el hogar. No pueden estar en contra del consumo si aceptan esta conducta. En este caso la mayoría de los padres han contestado que bajo ningún concepto está permitido consumir (89%), si bien algunos han contestado que nunca se han puesto de acuerdo al respecto. El porcentaje de respuestas queda reflejado en la Figura 10.



Pregunta 13. ¿Ha recurrido a las amenazas para disuadir a su hijo/a del consumo?

El ser consciente de que un hijo/a está consumiendo drogas, puede llevar en ocasiones a los padres a recurrir a amenazas (dejar de darles la paga, prohibirle salir, quitarle el móvil...) debido al descontrol emocional que esto implica. La desesperación puede llevar a realizar este tipo de actos, como un intento desesperado por sacar a su hijo de esta problemática. Y aunque no sea la mejor opción, puede ser una conducta inevitable debido a la angustia y al miedo que los familiares padecen en ese momento. Los datos obtenidos en esta pregunta aparecen en la Figura 11.

Figura 11. Los padres han recurrido a amenazas



Pregunta 14. ¿Cómo definiría la relación con su hijo/a antes de que empezase a consumir drogas?

El periodo de la adolescencia es una etapa complicada para los jóvenes y esto puede dificultar las relaciones con sus progenitores. La mayoría de los padres opina que la relación con sus hijos era buena antes de que éstos recurrieran al consumo de estupefacientes.

Pregunta 15. ¿Cómo definiría la relación con su hijo/a desde que empezó a consumir drogas?

Para que se pueda observar de una manera más clara cómo ha evolucionado y cómo ha ido variando la relación que tienen los padres con sus hijos antes y después de que estos empezaran a consumir, se presentan los siguientes datos en la Tabla 13.

Tabla 13. Relación de los padres con sus hijos/as antes/después del consumo de drogas.

Antes Después	Muy mala	Mala	Ni buena ni mala	Buena	Muy buena
	Muy mala	Mala	Ni buena ni mala	Buena	Muy buena
Muy mala		1		1	1
Mala				2	
Ni buena ni mala		1		1	
Buena		1		1	
Muy buena					

Según los datos obtenidos en esta pregunta, de los 9 padres que forman parte del Programa, 5 definían su relación “antes” del consumo de drogas como “buena”, en el instante en que las drogas hicieron aparición y los padres empezaron a ser conscientes de que su hijo/a estaba consumiendo, tan sólo un padre continúa diciendo que su relación sigue siendo “buena”. En el resto de las respuestas ofrecidas, las relaciones empeoraron después de ser conscientes del consumo. Lo mismo ocurre con el padre/madre que informa que su relación ha pasado de “muy buena” (antes del consumo) a “muy mala” (después del consumo).

Otros tres padres informan que su relación “antes” del consumo era “mala”, y sólo 1 de ellos afirma que la relación haya empeorado. En los otros dos casos, curiosamente, la relación parece haber mejorado.

A modo de conclusión podemos decir que la variación que parece haberse producido en la relación padres-hijos por causa del consumo de drogas no puede atribuirse en exclusiva a esta variable, ya que existen muchas otras que podrían haber ocasionado que dichas relaciones empeorasen o mejorasen (véase el caso de los dos progenitores cuya relación parece haber mejorado).

Pregunta 16. ¿Piensa que el consumo de drogas por parte de su hijo le ha podido repercutir en el trabajo, en el día a día, en tener problemas con la pareja etc.?

Según las respuestas obtenidas en el cuestionario, un alto porcentaje de padres piensa que el consumo de drogas por parte de sus hijos/as repercute negativamente en los problemas que puedan tener en el día a día. Esto puede ser debido a una constante preocupación y no saber cómo afrontar la nueva situación. Además, el uso de drogas por parte de sus hijos/as influye de manera negativa en la relación con sus progenitores. También la relación de pareja de los padres puede verse afectada por el malestar que les origina el comportamiento de sus hijos/as teniendo también repercusión en el trabajo. El

78% de los padres (casi la totalidad) han contestado que el consumo de drogas de sus hijos repercute tanto en su vida personal como en su vida laboral. Tan sólo un 22% han respondido que solo repercute en ocasiones.

Pregunta 17. ¿Considera que hay normas de convivencia (horarios de entrada, horarios de salida...) en casa?

El 100% de los padres han contestado que sí que existen normas de convivencia en casa, como por ejemplo: horarios de salida y de entrada, normas a la hora de recoger el hogar...

Los padres deben saber que las normas, además de existir deben ser reconocidas, respetadas. Son necesarias para mantener el orden de la familia, sirviendo de referencia a los jóvenes (Del Pueyo y Perales 2008).

Pregunta 18. Intenta prevenir de alguna manera el consumo de drogas en los hijos/as?

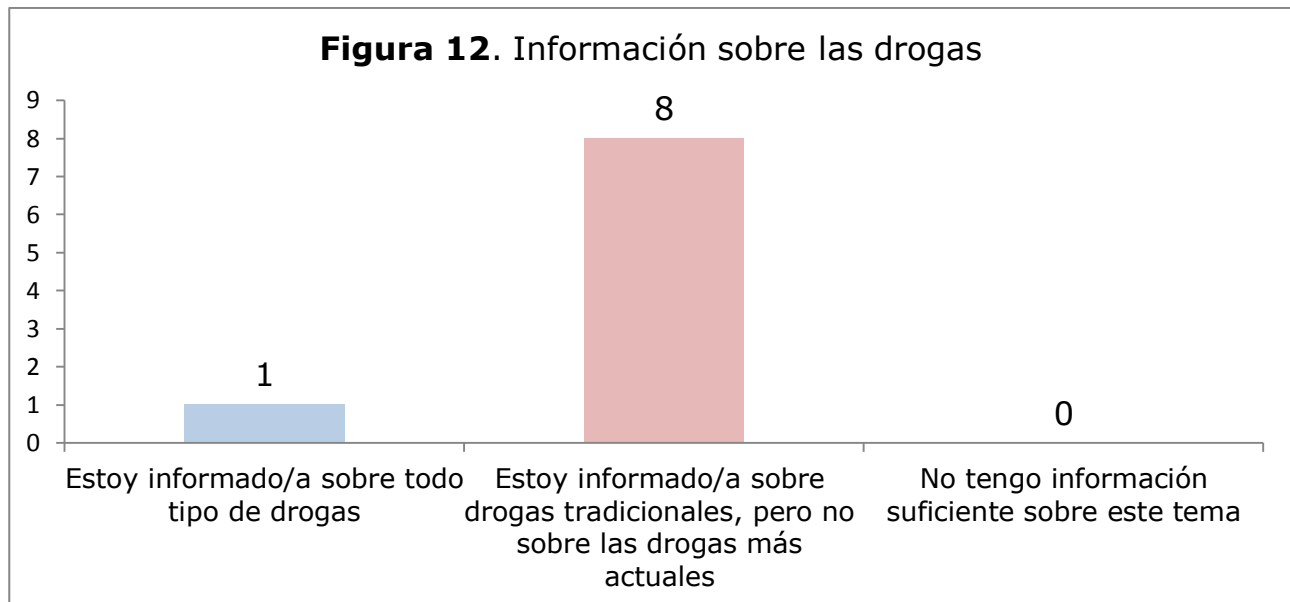
La totalidad de los padres, es decir el 100%, han intentado en alguna ocasión prevenir el consumo de drogas de sus hijos/as (asistiendo a charlas o a talleres de padres y madres, comentando la problemática con otros padres/madres...).

Pregunta 19. En relación a la información sobre drogas, señale la opción que más se ajuste a su situación actual.

Con frecuencia al hablar sobre el ámbito de las drogas es normal que los padres piensen en drogas que se consumían en su juventud como por ejemplo: la heroína, cocaína... En la actualidad el abanico de sustancias estupefacientes es más amplio y cada vez surgen nuevas sustancias que los padres desconocen; MDMA, Kethamina, etc. El que los padres desconozcan estas nuevas sustancias (drogas de diseño, ver Glosario) y sus efectos pueden

provocar barreras a la hora de tener conversaciones sobre este tema con sus hijos/as.

Podemos observar en la Figura 12 las respuestas que han dado los progenitores encuestados.



Pregunta 20. ¿Ha consumido usted alguna de estas sustancias? ¿Con que frecuencia?

En la Tabla 14 se recogen los datos de los indicadores relacionados con el consumo de sustancias entre los padres (alcohol, tabaco, cannabis, cocaína y psicofármacos). Se analizan las declaraciones de consumo percibido. Los padres hacen una valoración de la frecuencia de consumo en tres categorías: nunca, ocasional o frecuente.

En esta Tabla 14, cabe destacar que la única sustancia que nunca ha sido consumida según las respuestas de los padres es la cocaína, mientras que las demás han sido consumidas alguna vez.

Tabla 14. Consumo de sustancias por parte de los padres.

	Nunca	Ocasional	Frecuencia
Alcohol	3	6	0
Tabaco	4	1	4
Cannabis	8	1	0
Cocaína	9	0	0
Psicofármacos	7	2	0

4. CONCLUSIONES

En este apartado se destacan los aspectos más relevantes de esta investigación a modo de conclusiones.

1. El consumo de drogas es uno de los problemas más importantes para la salud pública. Su uso y/o abuso es considerado un factor de riesgo, en el que intervienen diferentes factores: individuales, familiares y del entorno. Dependiendo de las actitudes, habilidades, el autocontrol... que tenga el joven de sí mismo, estos repercutirán de manera más o menos directa en el inicio del consumo de drogas.
2. La familia, la escuela, el grupo de iguales, el barrio... influyen directamente en los jóvenes, sobre todo en la etapa de la adolescencia. Es sobre todo la familia quien juega un papel fundamental, actuando como primer agente socializador. Los estilos de crianza son esenciales para el desarrollo del adolescente, actuando como una variable importante a la hora de predecir el consumo de drogas.
3. La familia al ser consciente del consumo de drogas por parte de sus hijos/as intenta prevenir de alguna manera ese consumo.
4. Los jóvenes inician el consumo de drogas (legales e ilegales) a edades tempranas, si bien las motivaciones para este inicio pueden ser diversas: curiosidad, evadirse de la realidad, influencia por el grupo de iguales... La adolescencia es considerada un periodo lleno de cambios haciendo a los jóvenes más vulnerables a conductas problemáticas, como por ejemplo el consumo de drogas.

5. El cannabis es considerada una de las drogas ilegales más consumida por los jóvenes y de más fácil acceso.
6. El hecho de que nunca se haya penalizado la tenencia de cannabis para el consumo propio, ni su consumo privado sigue siendo uno de los temas más polémicos en España. El no considerarse delito y que se sancione a través de falta administrativa hace que aumente el consumo de la sustancia.
7. Los consumidores de cannabis toman con frecuencia otras drogas. Muchos de los jóvenes que han hecho uso de sustancias ilegales, como por ejemplo cocaína, LSD, etc., previamente han consumido alcohol y tabaco. Estas últimas sustancias y el cannabis son consideradas “drogas de inicio” a partir de las cuales se llegan a hacer uso de otras sustancias. Cuanto menor es la edad de inicio en el consumo, mayor probabilidad existe de que posteriormente se consuman otras drogas.
8. El consumo de cannabis repercute sobre todo en el Sistema Nervioso Central (SNC), afectando negativamente a la salud mental de las personas. Sus efectos aumentan cuanto menor es la edad de consumo, puesto que el cerebro de los jóvenes aún está madurando y se encuentra todavía en desarrollo.
9. La mayor preocupación por parte de los padres en relación a sus hijos es el consumo de drogas, y es frecuente que sientan miedo al no saber hacer frente a la problemática. La desesperación es cada vez mayor y la relación con sus hijos/as se puede ver deteriorada. El consumo de drogas repercute en los padres tanto en sus vidas personales como laborales.
10. La separación o el divorcio, el consumo de drogas por parte de los padres, pueden acrecentar las conductas de riesgo (consumo de drogas, dificultades en las relaciones con los iguales, promiscuidad) de sus hijos/as.

11. Las familias en ocasiones se sienten incapaces de abordar la problemática de sus hijos/as con el consumo de drogas, por eso recurren a profesionales. El Programa Bitácora impartido en el CMAPA ha servido como apoyo a las familias, pudiéndoles ofrecer una serie de estrategias y recursos que les permitan una correcta actuación en lo relacionado a la educación y consumo de drogas de sus hijos. Se les enseñan normas de convivencia, como comunicarse con sus hijos, información acerca de las drogas, etc.
12. El consumo de drogas es un elemento que repercute en la relación padres e hijos, si bien existen otros factores que pueden modificar esta relación.
13. Desde el Trabajo Social se puede contribuir a mejorar el malestar psicosocial de los usuarios potenciando así el abandono de las drogas por parte estos sujetos. La problemática del consumo de drogas se puede abordar mediante intervención individual y grupal tanto con los sujetos consumidores como con sus propias familias.

Por último, me gustaría señalar que la utilización de cuestionarios como técnica de investigación en este proyecto, me ha permitido conocer más a esta problemática y tener un acercamiento al impacto que produce el consumo de cannabis por parte de los hijos/as en las familias.

5. GLOSARIO

Los términos incluidos en este Glosario han sido extraídos, en su inmensa mayoría, de la Organización Mundial de la Salud (1994), excepto en aquellos casos en los que se indica lo contrario.

- **Abstinencia (*Abstinence*)**: privación del consumo de drogas o (en particular) de bebidas alcohólicas, ya sea por cuestión de principios o por otros motivos. Las personas que practican la abstinencia del alcohol reciben el nombre de “abstemios” (“*absteiners*”), “abstinentes totales” (“*total absteiners*”) o según una terminología inglesa más antigua “*teetotallers*”. El término “abstinente actual”, usado a menudo en las encuestas de población en algunos países, se define habitualmente como una persona que no ha consumido nada de alcohol en los 12 meses anteriores; esta definición puede no coincidir con la autodescripción como abstemio de un encuestado.

- **Abuso (*abuse*) (drogas, alcohol, sustancias, sustancias químicas o sustancias psicoactivas)**: grupo de términos de uso extendido, pero con varios significados. En el DSM-III-R, el “abuso de sustancias psicoactivas” se define como “un modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo o consumo recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso”. Se trata de una categoría residual, siendo de elección el término “dependencia” cuando proceda. El término “abuso” se utiliza a veces con desaprobación para referirse a cualquier tipo de consumo, particularmente, de drogas ilegales. Debido a su ambigüedad, este término no está recogido en el CIE-10 (ICD-10) (excepto en el caso de las sustancias que no producen dependencia, véase más adelante); las expresiones “consumo perjudicial” y “consumo de riesgo” (“*hazardous use*”) son equivalentes en la

terminología de la OMS, si bien normalmente hacen referencia sólo a los efectos sobre la salud y no a las consecuencias sociales. La Office of Substance Abuse Prevention de Estados Unidos también desaconseja el empleo del término “abuso”, aunque expresiones tales como “abuso de sustancias” siguen utilizándose de forma extendida en Norte América para referirse generalmente a los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

- **Adicción, a las drogas o alcohol (*addiction, drug or alcohol*):** consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica periódicamente o de forma continua, muestra un deseo compulsivo de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio.
- **Comunidad terapéutica (*therapeutic community*):** entorno estructurado en el que viven personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas para lograr su rehabilitación. Estas comunidades están a menudo diseñadas expresamente para personas drogodependientes; operan bajo normas estrictas, están dirigidas principalmente por personas que se han recuperado de una dependencia y suelen estar en zonas aisladas geográficamente. Las comunidades terapéuticas se caracterizan por ofrecer una combinación de “pruebas de realidad” (mediante la confrontación del problema personal con las drogas) y de apoyo para la recuperación prestado por el personal y los compañeros. Suelen estar muy vinculadas a los grupos de ayuda mutua, como Narcóticos Anónimos.
- **Consumo (alcohol o drogas) (*alcohol or drug use*)**
Autoadministración de una sustancia psicoactiva.

- **Dependencia (*dependence*):** en sentido general, estado de necesitar o depender de algo o de alguien, ya sea como apoyo, para funcionar o para sobrevivir. Aplicado al alcohol y otras drogas, el término implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal. En el DSM-III-R, la dependencia se define como un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un deterioro del control sobre el consumo de la sustancia psicoactiva y que sigue consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas. Equivale, más o menos, al síndrome de dependencia recogido en la CIE-10 (ICD-10). En el contexto de la CIE-10 (ICD-10), el término dependencia podría referirse en general a cualquiera de los componentes del síndrome. Este término se intercambia a menudo con el de adicción y alcoholismo.

- **Diagnóstico social:** Análisis que se realiza para determinar cualquier situación y cuáles son las tendencias. Esta determinación se realiza sobre la base de datos y hechos recogidos y ordenados sistemáticamente, que permiten juzgar mejor qué es lo que está pasando.

Consiste en el conocimiento de una realidad determinada, logrando por medio de un proceso de estudio o investigación de sus condiciones en un momento dado. En las ciencias sociales se utiliza como un cuerpo de conocimientos analíticos y sistémicos pertenecientes a una realidad concreta y determinada, sobre la que se quiere realizar determinadas acciones planificadas y con un propósito concreto como el de conocer las situaciones problemáticas que más afectan a un individuo, grupo o comunidad, sus causas y los posibles recursos para enfrentarla, poder determinar lo que se va hacer y en la medida de lo posible solucionar los problemas mediante su tratamiento (Ander-Egg, 1988).

- **Droga de diseño (*designer drug*):** sustancia química nueva con propiedades psicoactivas, sintetizada expresamente para su venta ilegal y burlar las leyes sobre sustancias controladas. Como respuesta, estas leyes suelen incluir ahora sustancias nuevas y posibles análogos de sustancias psicoactivas existentes. El término se acuñó en la década de los ochenta.
- **Droga de inicio (*gateway drug*):** droga legal o ilegal que abre el camino al consumo de otra droga, considerada normalmente más problemática.
- **Historia social:** Expresión del servicio social que hace referencia a información escrita que contiene los antecedentes de un caso (documentos, anotaciones cronológicas, actuaciones e interpretaciones), desde que se inicia la tarea hasta el final de la misma. Sirve para el control de la evolución del caso y es útil en la evaluación y el control del trabajo que se va haciendo (Ander-Egg, 1988).
- **Policonsumo de drogas (*multiple drug use*):** consumo de más de una droga o de más de un tipo de droga por una persona, normalmente al mismo tiempo o una detrás de otra, y por lo general, con la intención de aumentar, potenciar o contrarrestar los efectos de otra droga. El término se usa también de forma más general para designar el consumo no relacionado de dos o más sustancias por la misma persona. Tiene una connotación de consumo ilegal, si bien el alcohol, la nicotina y la cafeína son las sustancias usadas con más frecuencia en combinación con otras en las sociedades industrializadas.
- **Rehabilitación (*rehabilitation*):** en el campo del consumo de sustancias, proceso mediante el cual una persona con un trastorno

debido al consumo de sustancias alcanza un estado de salud, una función psicológica y un bienestar social óptimos.

La rehabilitación tiene lugar después de la fase inicial de tratamiento (que puede requerir desintoxicación y tratamiento médico y psiquiátrico). Engloba diversas estrategias, tales como la terapia de grupos, terapias conductuales específicas para evitar la **recaída**, participación en un **grupo de ayuda mutua**, ingreso en una **comunidad terapéutica** o un **piso protegido**, formación profesional y experiencia laboral. Se espera lograr la reinserción social en la comunidad.

- **Síndrome amotivacional (*amotivational syndrome*):** grupo de características que, según se dice, se asocian al consumo de sustancias, entre ellas, apatía, pérdida de eficiencia, disminución de la capacidad para llevar a cabo planes complejos o a largo plazo, escasa tolerancia a la decepción, trastorno de la concentración y dificultad para continuar la rutina diaria. La existencia de esta enfermedad como tal es controvertida. Se ha descrito sobre todo en relación con el consumo de **cannabis** y puede reflejar simplemente una **intoxicación** crónica por cannabis. Los síntomas pueden también reflejar la personalidad del consumidor, las actitudes o la fase de desarrollo.
- **Sustancia o droga psicoactiva (*psychoactive drug or substance*)**
Sustancia que, cuando se ingiere, afecta a los procesos mentales, p. ej., a la cognición o la afectividad. Este término y su equivalente, sustancia **psicotrópica**, son las expresiones más neutras y descriptivas para referirse a todo el grupo de sustancias, legales e ilegales, de interés para la **política en materia de drogas**. “Psicoactivo” no implica necesariamente que produzca dependencia sin embargo en el lenguaje corriente, esta característica está implícita, en las expresiones “consumo de drogas” o “abuso de sustancias” (Véase también **droga**).

- **Tolerancia (*tolerance*)**: disminución de la respuesta a una dosis concreta de una droga o un medicamento que se produce con el uso continuado. Se necesitan dosis más altas de alcohol o de otras sustancias para conseguir los efectos que se obtenían al principio con dosis más bajas. Los factores fisiológicos y psicosociales pueden contribuir al desarrollo de tolerancia, que puede ser física, psicológica o conductual. Por lo que se refiere a los factores fisiológicos, puede desarrollarse tolerancia tanto metabólica como funcional. Al aumentar el metabolismo de la sustancia, el organismo será capaz de eliminarla con mayor rapidez. La tolerancia funcional se define como una disminución de la sensibilidad del sistema nervioso central a la sustancia. La tolerancia conductual es un cambio en el efecto de la sustancia producido como consecuencia del aprendizaje o la alteración de las restricciones del entorno. La tolerancia aguda es la adaptación rápida y temporal al efecto de una sustancia tras la administración de una sola dosis. La tolerancia inversa, denominada también sensibilización, es un estado en el cual la respuesta a la sustancia aumenta con el consumo repetido. La tolerancia es uno de los criterios del síndrome de dependencia.

6. BIBLIOGRAFÍA Y WEBGRAFÍA

Bibliografía

- Agosti, V., Nunes, E. y Levin, F. (2002). Rates of psychiatric comorbidity among US residents with lifetime cannabis dependence. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28, 645-654.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual for mental disorders, 4th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association (trad. cast.: Barcelona, Masson, 1998).
- Ander-Egg, E. (1988). *Diccionario del trabajo social*. Buenos Aires: Humanitas.
- Arbex, C. (Coord.) (2002). *Guía de Intervención: Menores y Consumo de drogas*. Madrid: ADES.
- Ayuntamiento de Zaragoza (n. d.). *Guía de información sobre drogas ¿qué sabemos? ¿qué tenemos?* Zaragoza: Ayuntamiento de Zaragoza, Servicios Sociales Especializados, Servicios de Juventud.
- Baumrid, D. (1980). New directions in socialization research. *American Psychologist*, 35, 639-650.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Bermejo, M. B. (Coord.) (2012). *Protocolo de intervención desde el Trabajo Social en los centros de atención a la drogodependencias del Instituto de Adicciones*. Madrid: Instituto de Adicciones.
- Brook, J. S., Brook, D. W., Gordon, A. S., Whiteman, M. y Cohen, P. (1990). The Psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interactional approach. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 116 (Nº2).

- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E. y Fernández, C. (2007). *Mediadores recreativos y drogas. Nueva área para la prevención*. Palma de Mallorca: IREFREA España.
- Campos, C. M. y Smith, M. (2003). *Técnicas de diagnóstico familiar y comunal*. San José, Costa Rica: EUNED.
- Cantón, J., Cortés, M. R. y Justicia, M. D. (2002). Las consecuencias del divorcio en los hijos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2, 47-66.
- Carballeda, A. (2007). *La intervención en lo social*. Buenos Aires: Paidós.
- Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (2006). *Informe sobre cannabis*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Craig, G. J. (1997). *Desarrollo psicológico (7ª ed.)*. México: Prentice-Hall Hispano-americana.
- De Lorenzo, B. y Fernández, E. (n. d). *El cannabis: Guía de padres. Prevención para todos*. Salud Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.
- Del Pueyo, B. y Perales, A. (2008). *¿Estás preparado para cuando tus hijos o hijas se encuentren con las drogas? El papel de los padres y madres en la prevención del consumo de drogas*. Madrid: Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos.
- Degenhardt, L. y Hall, W. (2002). Cannabis and psychosis. *Current Psychiatry Reports*, 4, 191-196.
- Donas, S. (1995) *Adolescencia y Juventud*. OMS-OPS. Costa Rica.
- Felix-Ortiz, M. y Newcomb, M.D. (1992). Risk and protective factors for drug use among Latino and White adolescents. *Hispania Journal of Behavioral Sciences*, 14, 291-309.

- Fergusson, D. M., Poulton, R., Smith, P. F. y Boden, J. M. (2006). Cannabis and psychosis. *British Medical Journal*, 332, 172-174.
- Gamella, J. y Jiménez, M. L. (2003). *El consumo prolongado de cannabis. Pautas tendencias y consecuencias*. Madrid: FAD/Junta de Andalucía.
- Gómez, J. A. y Villar, P. (2001). *Los padres y madres ante la prevención de conductas problemáticas en la adolescencia. La aplicación del programa Construyendo Salud: Promoción de habilidades parentales*. Madrid: Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos.
- Gobierno de Aragón (n. d.). II Plan Autonómico sobre Drogodependencias y otras conductas adictivas Aragón (2010-2016). Recuperado de <http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SaludConsumo/Documentos/IIPlanAutonomicoDrogasAragon.pdf>
- Gracia, E. y Musitu, G. (2000). *Psicología social de la familia*. Barcelona: Paidós.
- Hall, W. y Solowij, N. (1998). Adverse effects of cannabis. *Lancet*, 352, 1611-1616.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J.L. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
- Hidalgo, M. I. y Redondo, A. (2005). Consumo de drogas en la adolescencia. *Pediatría Integral*, 9, 137-155.
- Holmberg, M. B. (1984). Longitudinal studies of drug abuse in a fifteen-years-old population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71, 67-79.
- Instituto de Adicciones de la Ciudad de Madrid (2011). (Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid). Plan de Adicciones de la Ciudad de Madrid 2011-2016.

- Johns, A. (2001). Psychiatric effects of cannabis. *British Journal of Psychiatry*, 178, 116-122.
- Kandel, D. B. y Andrews, K. (1987). Processes of adolescent socialization by parents and peer. *International Journal of Addictions*, 22, 319-342.
- Kaplan, H. B. (1996). Empirical validation of the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use. *Journal of Drug Issues*, 292, 345-377.
- Laespada, T. (2000). Alcohol y Tabaco. En J. Elzo, D. Comas, M. T. Laespada, L. Salazar e I. Vielva, *Las culturas de las drogas en los jóvenes: Ritos y fiestas* (pp. 333-342). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Laespada, T., Iraurgi, I. y Aróstegi, E. (2004). *Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV*. Deusto: Instituto Deusto de Drogodependencias.
- Laespada, M. T. y Salazar, L. (1999). Las actividades no formalizadas de los jóvenes. En J. Elzo (Coord.), *Jóvenes Españoles 99* (pp. 355-400). Madrid: Fundación Santa María.
- Maccoby, E. E. (1984). Socialization and developmental change. *Child Development*, 55, 317-328.
- Maccoby, E. E. y Martin, J. A. (1983). Socializations in the context of the family: Parent-child interactions. En P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology. Vol.4. Socialization, personality, and social development*. Nueva York: Wiley.
- Maravall, J., Fundación Atenea y Grupo GID (2006). *Papel de la familia en la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos.

- McDemortt, D. (1994). The relationship of parental drug use and parent's attitude concerning adolescent drug use to adolescent drug use. *Adolescence*, 19, 89-97.
- Melillo, A. (2004). Realidad Social: psicoanálisis y resiliencia. En A. Melillo, E. N. Suárez Ojeda y D. Rodríguez, *Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida*. Buenos Aires: Paidós.
- Mellinger, G. D. (1971). Psychotherapeutic drug abuse among adults: a model of young drug users? *Journal of Drugs Issues*, 1, 274-285.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2006). Prevención del consumo y adicción a cannabis y cocaína. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Guía sobre Drogas*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Informe de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2006-2007*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Consumo problemático de cannabis en estudiantes españoles de 14-18 años: validación de escalas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Montero, M. (1989). *Psicología Social. Manual de lecturas obligatorias*. Caracas, Venezuela: Escuela de Psicología de la Universidad Central de Venezuela.
- Minuchin, S. (1994). *La recuperación de la familia: relatos de esperanza y renovación*. Barcelona: Paidós.
- Navarro, J. (2000). *Factores de riesgo y protección de carácter social relacionados con el consumo de drogas*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid, Plan Municipal contra las Drogas.

- Oliva, A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología*, 37, 209-223.
- Organización Mundial de la Salud (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Gobierno de España: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Pérez, A. y Mejía, I. E. (1998). Patrones de interacción de familias en las que no hay consumidores de sustancias psicoactivas. *Adicciones*, 10, 111-119.
- Poole, R. y Brabbins, C. (1996). Drug induced psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 168, 135-138.
- Pope, H. G., Gruber, A. J., Hudson, J. I., Huestis, M. A. y Yurgelun-Todd, D. (2001). Neuropsychological performance in long-term cannabis users. *Archives of General Psychiatry*, 58, 909-915.
- Recio, J. L. (1992). *El papel de la familia, los compañeros y la escuela en el abuso adolescente de drogas*. Madrid: Cruz Roja Española.
- Robles, P. (2004). Violencia y seguridad. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 6.r1, r1:r1:r3. Recuperado de <http://criminnet.ugr.es/recpc/06/recpc06-r1.pdf>
- Rodríguez, F. J. y Ovejero, A. (2005). *La convivencia sin violencia. Recursos para educar*. Sevilla: Eduforma.
- Romero, E., Luengo, M. A. y Otero, J.M. (1995). La relación entre autoestima y consumo de drogas en los adolescentes: Un análisis longitudinal. *Revista de Psicología Social*, 19, 149-159.
- Ros, M., Blay, N.T., Juan, M., Calafat, A y García, E. (n.d) Drogas, hijos adolescentes y dudas. ¿Cómo actuar? Manual para padres y madres. Ayuntamiento de Palma; Plan Municipal sobre Drogodependencias.
- Rossel, T (1994). Trabajo Social de grupo: grupos socioterapéuticos y socioeducativos. *Cuadernos de Trabajo Social nº 11*, pp: 103-122.

- Sanz, M. (Coord.) (1994). *El conflicto parental y el consumo de drogas en los hijos y las hijas*. País Vasco: Asociación para el Estudio del Funcionamiento Familiar (AEFFA).
- Satir, V. (1990). *Relaciones humanas en el núcleo familiar*. México: Pax México.
- Satir, V. (2005). *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*. México: Pax México.
- Secades, R. y Fernández Hermida, J. M. (Coord.) (2002). *Intervención Familiar en la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Secades, R., Fernández Hermida, J. R., García, G. y Al-Halabi, S. (2011). *Estrategias de intervención en el ámbito familiar. Guía para promover la implicación y la participación de la familia en los programas preventivos*. Barcelona: Diputació de Barcelona.
- Simons, R. L., Conger, R. D. y Withbeck, L. B. (1988). A multistage social learning model of the influences of family and peers upon adolescent substance abuse. *Journal of Drug Issues*, 18, 293-315.
- Smart, L. S., Chibucos, T. R. y Didier, L. A. (1990). Adolescent substance use and perceived family functioning. *Journal of Family Issues*, 11, 208-227.
- Solé, J. (2000). Tratamiento del paciente cannábico. *Adicciones*, 12 (Supl. 2), 301-314.
- Stoker, A. y Swadi, H. (1990). Perceived family relationship in drugs abusing adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 25, 293-297.
- Thomas, H. (1993). Psychiatric symptoms in cannabis users. *British Journal of Psychiatry*, 163, 141-149.

- Thomas, H. (1996). A community survey of adverse effects of cannabis use. *Drug and Alcohol Dependence*, 42, 201-207.
- Tunving, K. (1985). Psychiatric effects of cannabis use. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 72, 209-217.
- Wicks-Nelson, R. e Israel, A. C. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente* (3ª. ed). Madrid: Prentice-Hall.

Webgrafía

- <http://www.pnsd.msc.es/Categoria1/directorio/centrosAsistencia/Aragon.pdf>
- http://www.prevencionfamiliar.net/uploads/PDF/RosEtal_2009_ManualPadres.pdf
- http://www.dipgra.es/documentos//representaciones_sociales.pdf (p:25)
- http://www.izenpe.com/s154812/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_inf_txostena/es_9033/adjuntos/informe_txostena14.pdf (p. 27)
- <http://mensalus.es/psicologos/blog/mi-hijo-consume-drogas-pautas-para-el-abordaje-psicoterapeutico-y-familiar/>
- <http://www.msc.es/campannas/campanas06/drogas2.htm>

7. ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Aspectos relevantes a tener en cuenta en la prevención de drogas por parte de la familia.	24
Tabla 2. Comportamientos parentales que se deben evitar.	25
Tabla 3. Comportamientos parentales que se deben potenciar	26
Figura 1. Consumo de cannabis en el último mes (en porcentajes). Población escolarizada entre 14 y 18 años. Aragón y España (2002-2008).	31
Figura 2. Admisiones a tratamiento por consumo de cannabis. Aragón. 2003-2009.	32
Tabla 4 Efectos agudos tras el consumo de cannabis	33
Tabla 5. Efectos centrales agudos del cannabis.	34
Tabla 6. Efectos crónicos y consecuencias clínicas del consumo de cannabis.	35
Figura 3. Trastornos mentales relacionados y asociados con el consumo de cannabis.	37
Figura 4. Relación entre el consumo de cannabis y la psicosis.....	39
Tabla 7. Mitos y realidades asociados al consumo de cannabis.....	41
Tabla 8. Ventajas del tratamiento del consumo de cannabis en formato grupal.	45
Tabla 9. Número de padres participantes por género.	58
Figura 5. Estado civil de los padres.....	59
Tabla 10. Personas que forman parte del hogar familiar según el estado civil de los padres.....	61
Tabla 11. Situación Laboral	62
Tabla 12. Preocupaciones de los padres.	63
Figura 7. Tiempo libre.....	65
Figura 8. Su hijo/a le informa sobre su consumo de drogas.....	68
Figura 9. Le incomoda hablar de drogas con sus hijos/as.....	69
Figura 10. Normas acordadas sobre el consumo.....	70
Figura 11. Los padres han recurrido a amenazas.....	71
Tabla 13. Relación de los padres con sus hijos/as antes/después del consumo de drogas.	72

Figura 12. Información sobre las drogas.....	75
Tabla 14. Consumo de sustancias por parte de los padres.....	76